|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE EVENTO:** | **INCIDENTE** |  | **ACCIDENTE LEVE** |  | **ACCIDENTE GRAVE O FATAL**  |  |

|  |
| --- |
| **I. DATOS GENERALES** |
| **Entidad:** |   |
| **Actividad económica:** |  | **Clase de riesgo:** |  |
| **Dirección:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Ciudad:** |  |
| **Analista de Prevención:** |  |

|  |
| --- |
| **II. DATOS DEL FUNCIONARIO** |
| **Nombre:** |  | **Sexo:** | **M** |  | **F** |  |
| **Documento:** | **CC** |  | **CE** |  | **TI** |  | **PA** |  |  |
| **Fecha de nacimiento:** |  | **Edad:** |  |
| **Oficio:** |  | **Experiencia:** |  |
| **Antigüedad en el oficio:** |  |

|  |
| --- |
| **III. DATOS DEL ACCIDENTE** |
| **Fecha del Accidente:** |  | **Hora del Accidente:** |  |
| **Fecha del Reporte:** |  | **Fecha de la Investigación:** |  |
| **Nombre Superior inmediato** |  | **Cargo** |  |
| **Tipo de accidente:** | **Propio del trabajo** |  | **Transito** |  | **Violencia** |  | **Deportivo** |  |
| **Lugar del Accidente:** |  | **Ciudad:** |  |
| **Tipo de lesión:** |  |
| **Parte del cuerpo afectada:** |  |
| **Objeto o sustancia que ocasiona la lesión:** |  |
| **Probabilidad de que ocurra nuevamente el accidente:** | **Bajo** |  | **Medio** |  | **Alto** |  |
| **Daño a la propiedad y/o proceso:** |  |
| **Costos estimados:** |  |

|  |
| --- |
| **IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE** |
| **1**. Describa la tarea que realiza normalmente el trabajador: (si la empresa la tiene estandarizada incluirla en un anexo): |
|  |

|  |
| --- |
| **2.** Descripción de los hechos:(quien, como, cuando, donde) |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **3.** Versión de los testigos |
|  |

|  |
| --- |
| **4.** Dibujos y/o fotos: |
|  |

|  |
| --- |
| **V. ANALISIS CAUSAL DEL ACCIDENTE** |
| 1. Causas Inmediatas (Condiciones y actos sub estándar que causaron el accidente):
 |
|  |
| **2.** Causas Básicas: (Factores específicos personales o de trabajo que causaron el accidente): |
|  |

|  |
| --- |
| **Situaciones no claras o anormales (si las hubiere):** |
|  |

|  |
| --- |
| **PLAN DE ACCION - RECOMENDACIONES** |
| **Plan de Acción** | **Responsable** | **Fecha de ejecución (DD/MM/AAAA):** | **Fecha de verificación (DD/MM/AAAA):** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **TESTIGOS O PERSONAS ENTREVISTADAS:** |
| **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Firma** |  |
| **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Firma** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE QUIENES INVESTIGAN** |
| **POR PARTE DE LA EMPRESA** |
| **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Firma** |  | **Lic. SST.** |  |
| **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Firma** |  |
| **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Firma** |  |
| **POR PARTE DEL COPASST** |
| **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Firma** |  |

|  |
| --- |
| **REPRESENTANTE LEGAL** |
| **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Firma** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA INVESTIGACION** |
| **Fecha** |  | **Hora** |  |
| **Dirección** |  |

|  |
| --- |
| **3. INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL INFORME DE INVESTIGACION DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES MORTALES, SEVEROS Y INCIDENTES** |
| **TIPO DE EVENTO:** Especificar si el evento ocurrido es un accidente con muerte del trabajador, una lesión grave o un incidente. (Ver definiciones en la hoja siguiente) |
| 1. **DATOS GENERALES**
 |
| **Entidad:** Nombre de la entidad o razón social **Actividad económica:** Mencione la actividad económica a la que pertenece la entidad, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigentes para el SGRP (Dto 1607)**Dirección:** Ubicación de la razón social **Ciudad:** Localización de la entidad**Analista de Prevención:** Persona asignada en Axa Colpatria para atender la entidad**Clase de riesgo**: Riesgo en el que se ubica la empresa de acuerdo a su actividad económica**Teléfono:** Numero telefónico |
| 1. **DATOS DEL FUNCIONARIO**
 |
| **Nombre:** Se relaciona los nombres y apellidos del lesionado**Sexo:** Marque con una X el sexo de la persona accidentada**Documento:** Marque con una X el tipo de documento de identidad y escriba el número correspondiente al tipo de documento.**Fecha de nacimiento:** Indicar la fecha, día, mes y año de nacimiento del trabajador**Edad:** Edad del trabajador al momento de accidentarse**Oficio:** Cargo u oficio que ocupa la persona lesionada**Antigüedad en el oficio:** Tiempo de la persona en el cargo u oficio en la entidad**Experiencia:** Tiempo que la persona tiene desempeñando el oficio o cargo  |
| 1. **DATOS DEL ACCIDENTE**
 |
| **Fecha del Accidente:** Fecha de ocurrencia del accidente y/o incidente**Hora del Accidente:** Se escribe la hora de ocurrencia del accidente y/o incidente**Fecha del Reporte:** Se escribe fecha en que se elabora y envía el reporte del accidente y/o incidente.**Fecha de la Investigación:** Se escribe la fecha en que se realiza la investigación**Nombre Jefe inmediato**: Nombre del jefe inmediato del trabajador accidentado o del jefe o supervisor del área**Cargo:** Cargo del superior inmediato**Tipo de Accidente:** Especificar si el accidente es un evento propio del trabajo o un accidente de tránsito, un acto de violencia o un evento deportivo**Lugar del Accidente**: Sitio donde ocurrió el accidente y/o incidente**Ciudad:** Ciudad donde ocurre el accidente**Tipo de Lesión**: Se describe el tipo de lesión o daño causado al trabajador en el accidente y/o incidenteviolencia o un evento deportivo**Lugar del Accidente:** Sitio donde ocurrió el accidente y/o incidente**Ciudad:** Ciudad donde ocurre el accidente**Tipo de Lesión:** Se describe el tipo de lesión o daño causado al trabajador en el accidente y/o incidente.**Parte del cuerpo afectada:** Indique la zona del cuerpo que sufrió la lesión. Ejemplo; cabeza, cuello, abdomen, espalda, cadera, rodilla, pierna, brazo,...etc.**Objeto o sustancia que ocasiona la lesión:** Elemento que genero la causa del accidente y/o incidente, especifique: marca, color, tamaño, velocidades, etc…**Probabilidad de que ocurra nuevamente el accidente:** Señale con una X la opción de acuerdo con la evaluación de la probabilidad que un evento similar vuelva a ocurrir**Daño a la propiedad y/o proceso:** Escriba la sección, área, edificación, equipo, maquinaria, herramienta, etapa del proceso, materias primas, productos que se vio afectada por el accidente y/o incidente. |
| **DESCRIPCIÓN DEL ACIDENTE** |
| **Describa la tarea que realiza normalmente el funcionario (si la empresa la tiene estandarizada incluirla en un anexo**): La labor para la que fue contratada la persona o trabajador que sufrió el accidente**Descripción de los hechos (quien, como, cuando, donde):** Ratificar que lo que estaba realizando la persona accidentada y si corresponde a lo que la empresa le asignó, se relata los eventos desde una etapa preliminar a la ocurrencia del accidente y/o incidente. Se describe detalladamente como sucedió claramente el accidente y/o incidente y la mecánica de ocurrencia.**Versión de los testigos:** Declaración sobre los hechos que hagan los testigos del accidente**Dibujos y/o fotos:** Si existen o se consideran necesario anexar fotos, dibujos, diagramas o planos que ayuden a explicar y entender el mecanismo por el que ocurrió el accidente y/o incidente. |
| **ANÁLISIS CAUSAL DEL ACCIDENTE** |
| **Causas Inmediatas (Condiciones y actos sub estándar que causaron el accidente):** Especifique los actos sub estándares o inseguros y condiciones sub estándares o inseguras que dieron paso a la ocurrencia de un accidente o incidente.**Causas Básicas:** (Factores específicos personales o de trabajo que causaron el accidente): Indique las causas que ayudan a explicar por qué se cometieron los actos sub estándares o inseguros y por qué existen condiciones sub estándares o inseguras.**Situaciones no claras o anormales (si las hubiere):** Indique si existen aspectos que no ha podido explicarse con la investigación. |
| **PLAN DE ACCIÓN – RECOMENDACIONES** |
| **Plan de Acción:** Se describen las diferentes recomendaciones para que en lo posible no vuelva a suceder el accidente y/o incidente**Responsable:** Nombre y/o cargo del responsable de ejecutar las recomendaciones**Fecha de ejecución (DD/MM/AAAA):** Fecha en que deben ejecutarse las recomendaciones**Fecha de verificación (DD/MM/AAAA :** Fecha en que se verifica el cumplimiento de las recomendaciones |
| **TESTIGOS O PERSONAS ENTREVISTADAS** |
| **Cargo:** Cargo de la persona**Firma:** Firma de la persona |
| **DATOS DE QUIENES INVESTIGAN** |
| **POR PARTE DE LA ENTIDAD**: Quienes conforman el equipo investigador por parte de la empresa**Nombre:** Son las personas que hacen la investigación, se escribe el nombre completo**Cargo:** Cargo de la persona que integra el equipo investigador**Firma:** Firma de la persona**Lic. SST.:** Para el caso que deba participar una persona con licencia con SST**POR PARTE DEL COPASST O VIGIA DE SST:** Quien participa en la investigación por parte o en representación del COPASST**Nombre**: De la persona del COPASST que participa en la investigación**Cargo:** Cargo de la persona |
| **REPRESENTANTE LEGAL** |
| **Nombre:** Nombre del representante legal o la persona que cumpla sus funciones**Cargo:** Cargo de la persona**Firma:** Firma de la persona |
| **DATOS DE LA INVESTIGACIÓN** |
| **Fecha:** En que se realiza la investigación**Hora:** Hora en que se realiza la investigación**Dirección:** Del lugar donde se realizó la investigación |