



**REPORTE DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO**

HSEQ-FR-05

Version:1

Fecha: 25-01-2018

ACCIDENTE _____ FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARL: _____ / _____ / _____ MM/DD/AA	ACCIDENTE GRAVE _____ ACCIDENTE MORTAL _____ ACCIDENTE LEVE _____ FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA: _____ / _____ / _____ MM/DD/AA	ACCIDENTE _____ INCIDENTE _____	
COORDINADOR DELEGADO: EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CARGO: CÓDIGO: _____	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO SEGURO SOCIAL    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____		CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL: _____	
<b>I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA</b>			
TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR <input type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		SEDE PRINCIPAL	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____		CÓDIGO: _____	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NÚMERO: _____	
DIRECCIÓN: _____		TELÉFONO: _____ FAX: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____		DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ ZONA: U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: _____		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: _____	
DIRECCIÓN: _____		TELÉFONO: _____ FAX: _____	
DEPARTAMENTO: _____		MUNICIPIO: _____ ZONA: U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
<b>II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ</b>			
TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		CÓDIGO (5): _____	
PRIMER APELLIDO: _____		SEGUNDO APELLIDO: _____	
PRIMER NOMBRE: _____		SEGUNDO NOMBRE: _____	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: _____ CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NÚMERO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN: _____		TELÉFONO: _____ FAX: _____	
DEPARTAMENTO: _____		MUNICIPIO: _____ ZONA: _____ CARGO: _____	
CUNDINAMARCA: BOGOTÁ		U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
OCCUPACIÓN HABITUAL: CONDUCTOR		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL: _____ TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: _____ H R A	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): _____ JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: _____ (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>	
<b>III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE</b>			
FECHA DEL ACCIDENTE: _____		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): _____ DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____ LU <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/>	
JORNADA EN QUE SUCDE: _____		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? _____ (1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRAS <input type="checkbox"/> (1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ (Diligenciar sólo en caso negativo)	
TOTAL TIEMPO LABORADO: H _____ M _____ M _____		TIPO DE ACCIDENTE: _____ (1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input type="checkbox"/>	
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?: (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: _____ FECHA DE LA MUERTE: DD/MM/AA: _____ / _____ / _____ MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: _____ CUNDINAMARCA ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>			
<b>INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)</b>		<b>TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)</b>	
(1) ALMACENES O DEPÓSITOS (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS (4) CORREDORES O PASILLOS (5) ESCALERAS (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR (7) OFICINAS (8) OTRAS ÁREAS COMUNES (9) OTRO. (Especifique): _____		(10) FRACTURA (20) LUXACIÓN (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) (41) HERIDA (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO (60) QUEMADURA	(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE (81) ASFIXIA (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN (90) LESIONES MÚLTIPLES (99) OTRO. (Especifique)

<b>PARTES DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:</b>		<b>AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)</b>		<b>MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE</b>	
<input type="checkbox"/>	(1) CABEZA	<input type="checkbox"/>	(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	<input type="checkbox"/>	(1) CAÍDA DE PERSONAS
<input type="checkbox"/>	(1.12) OJO	<input type="checkbox"/>	(2) MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	(2) CAÍDA DE OBJETOS
<input type="checkbox"/>	(2) CUELLO	<input type="checkbox"/>	(3) APARATOS	<input type="checkbox"/>	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
<input type="checkbox"/>	(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)	<input type="checkbox"/>	(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS	<input type="checkbox"/>	(4) ATRAPAMIENTOS
<input type="checkbox"/>	(3.32) TÓRAX	<input type="checkbox"/>	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/>	(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSOS MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/>	(3.33) ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	(4.4) RADIAZIONES	<input type="checkbox"/>	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
<input type="checkbox"/>	(4) MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/>	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	<input type="checkbox"/>	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/>	(4.46) MANOS	<input type="checkbox"/>	(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/>	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIAZIONES O SALPICADURAS
<input type="checkbox"/>	(5) MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/>	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	(5.56) PIES	<input type="checkbox"/>	(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	<input type="checkbox"/>	(9) OTRO. (Especifique)
<input type="checkbox"/>	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES				
<input type="checkbox"/>	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS				

#### IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

## PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

**APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS**

## DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CC CEE N.U. TI PA

CARDS NO.

## DECLARACIÓN

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

**FIRMA:**

APPELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

**CARGO** **No:**

11. *What is the primary purpose of the following statement?*

DESIGNER: JASMIN

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

**FIRMA:**

Digitized by srujanika@gmail.com

**PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)**

CC  CE  NIH  TH  PA

NO.

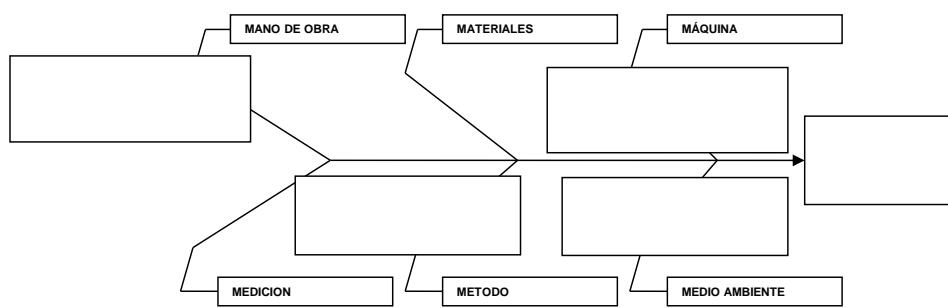
**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL**  
**INFORME DEL ACCIDENTE**

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup for the measurement of the absorption coefficient of the  $1s$  state of the  $^{138}\text{Ba}$  atom.

EXAR)

**V. DIBUJO O FOTOS (COLOCAR ACÁ EN FORMATO J.P.G. O ANEXAR)**

## VI. DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ÁRBOL DE CAUSAS (COLOQUE EL ÁRBOL DE CAUSAS EN ESTE SITIO O ANEXAR)



VII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)								
CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS						
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO				FACTORES PERSONALES		
VIII. MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA								
CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS		TIPO DE CONTROL (Señalar con una X en donde aplica)			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	EFFECTIVIDAD DE LA MEDIDA	AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
		FUENTE	MEDIO	PERSONA				
IX. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN								
NOMBRE	CARGO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA DD/MM/AA	HORA /_/_	FIRMA DOC IDENTIF	
REPRESENTANTE LEGAL				FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				
LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA.								
FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO (ESPACIO PARA SER DILEGENCIADO POR LA ARL) _MM 01 / DD 23 / AA 2018								

## FORMATO DE INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO PARA EMPRESAS AFILIADAS A ARL-SURA RESOLUCION 1401 DE 2007

**Responda cada una de las preguntas indicadas, con letra imprenta clara o a máquina de escribir o en el computador.**

**NOTA:** No llene los espacios sombreados. Estos únicamente deben ser diligenciados por la entidad administradora de riesgos laborales (ARL).

### DATOS GENERALES

**EPS a la que está afiliado:** Hace referencia a la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliado el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Código EPS:** Anote el código establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para la entidad promotora de salud correspondiente.

**ARL a la que está afiliado:** Hace referencia a la administradora de riesgos laborales a la que se encuentra afiliado el empleador o trabajador independiente, según el caso, al momento de ocurrencia del accidente de trabajo que se reporta.

**Código ARL:** Anote el código establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia para la administradora de riesgos laborales correspondiente.

**AFP a la que está afiliado:** Marque con una X en la casilla correspondiente si se trata o no de Colpensiones. En caso negativo, mencione la administradora de fondos de pensiones a la que se encuentra afiliado el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Código AFP o Seguro Social:** Anote el código establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia para la administradora de fondos de pensiones o Colpensiones, según corresponda.

### I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

**Identificación del empleador, contratante o cooperativa:** Se refiere a los datos de identificación del empleador, contratante o cooperativa, según el caso. Se entiende empleador aquel que tiene como trabajador una persona dependiente, contratante aquel que tiene contrato con un trabajador independiente y cooperativa aquella entidad que puede actuar como empleador o contratante, pero para efectos de la presente resolución, se marca X sólo cuando el informe corresponda a un asociado; en caso contrario, se marcará X en la casilla empleador o contratante según lo definido en el presente.

**Sede Principal:** Corresponde a los datos del empleador o contratante. En los casos de empresas temporales corresponde a los datos de dicha entidad. Cuando se trate de trabajadores independientes, esta casilla debe ser diligenciada con los datos del contratante.

**Nombre de la actividad económica:** Mencione la actividad económica a la que pertenece el empleador o contratante, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigentes para el Sistema General de Riesgos laborales.

**Código:** Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos laborales, se deberá anotar el código de la actividad económica del empleador o contratante, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigente.

**Nombre o razón social:** Especifique el nombre o la razón social del empleador o contratante, tal como se encuentra inscrita en la Cámara de Comercio o ente habilitador para tal fin.

**Tipo de Identificación:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del empleador o contratante y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende NI= Nit, CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, NU= Nuip o número único de identificación personal, PA= pasaporte.

**Dirección:** Escriba la dirección de la sede principal del empleador o contratante.

**Teléfono:** Escriba el número telefónico de la sede principal del empleador o contratante.

**Fax:** Escriba el número de fax de la sede principal del empleador o contratante.

**Correo electrónico (e-mail):** Anote el correo electrónico del representante del empleador o contratante, o de su delegado.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante ya sea cabecera municipal-Urbana (U) y Resto- Rural (R).

**Centro de trabajo donde labora el trabajador:** Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador. En el espacio de Código la administradora de riesgos laborales anotará el número de código así: 1 si el centro de trabajo es único o corresponde a la misma sede principal; 2 al primer centro de trabajo establecido en la afiliación, diferente al anterior; 3 al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso. Indicar en la casilla correspondientes si o no los datos del centro de trabajo corresponden a la sede principal. En caso negativo se deberán diligenciar las casillas correspondientes a la información sobre el centro de trabajo que corresponda.

**Nombre de la actividad económica del centro de trabajo:** Actividad económica a que pertenece el centro de trabajo donde labora el trabajador o donde se encuentra en misión, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos

**Código de la actividad económica del centro de trabajo:** Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos laborales.

**Dirección:** Escriba la dirección de la sede donde se encuentra ubicado el centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

**Teléfono:** Escriba el número telefónico de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el

**Fax:** Escriba el número de fax de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador, ya sea cabecera municipal- Urbana (U) y Resto-Rural (R).

## II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

**Tipo de vinculación:** Marque con una X la casilla correspondiente, según el tipo de vinculación del trabajador, así: (1) planta, (2) en misión, (3) cooperado, (4) estudiante o aprendiz, (5) Independiente. Cuando se trate de trabajador independiente, se deberá anotar el código correspondiente a la actividad económica que desarrolla y debe ser diligenciado por la entidad administradora de riesgos laborales en el espacio sombreado. Se entenderá como trabajador de planta aquel que tiene vinculación directa con la empresa y como trabajador en misión aquel que es suministrado por una empresa temporal. Se entenderá como trabajador independiente, el que labora por cuenta propia, esto es, sin vínculo laboral. Se deberán tomar en cuenta los términos establecidos en el Decreto 723 DE 2013. Se entenderá como cooperado aquel que se encuentra asociado a una cooperativa de trabajo asociado.

**Apellidos y nombres completos:** Especifique los apellidos y nombres del trabajador que sufrió el accidente de trabajo en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.

**Tipo de identificación:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador que sufrió el accidente de trabajo y en el espacio No. escriba el número correspondiente al tipo de documento que identifica al trabajador que sufrió el accidente de trabajo. Se entiende CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, NU=Nuip o número único de identificación personal, TI= Tarjeta de identidad, PA= pasaporte.

**Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha correspondiente, en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Sexo:** Marque con una X la casilla correspondiente, M= si el trabajador es masculino o F= si es femenino.

**Dirección:** Escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Teléfono:** Escriba el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Fax:** Escriba el número de fax del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, si lo tiene.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra la residencia del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, cabecera municipal - Urbana (U) y Resto-Rural (R).

**Ocupación habitual:** Hace referencia al oficio o profesión que generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador que sufrió el accidente.

**Código de ocupación habitual:** Espacio para ser diligenciado por la administradora de riesgos laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO- 88, hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente:** Hace referencia al tiempo en días y meses en que el trabajador, que sufrió el accidente de trabajo, ha desempeñado su oficio u ocupación habitual.

**Fecha de ingreso a la empresa:** Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Salario u honorarios:** Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia del accidente o de los honorarios (mensuales) cuando se trate de trabajadores independientes, según el caso.

**Jornada de Trabajo habitual:** Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, (1) diurno, (2) nocturno, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

### III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

**Fecha del accidente:** Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Hora del accidente:** Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos, (de 0 a 23 horas).

**Día del accidente:** Marque con una X la casilla correspondiente al día de la semana en que ocurrió el accidente, así:

LU = Lunes

MA = Martes

MI = Miércoles

JU = Jueves

VI = Viernes

SA = Sábado

DO = Domingo

**Jornada en que sucede:** Marque con una X la casilla correspondiente, (1) normal si el trabajador al momento del accidente se encontraba laborando dentro de la jornada ordinaria, o (2) extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

**Estaba realizando su labor habitual:** Marque con una X (1) SI o (2) NO, según corresponda, si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en este formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente.

Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales deberá indicar el código correspondiente.

**Total Tiempo laborado previo al accidente:** Colocar la totalidad de las horas y minutos laborados antes de ocurrido el accidente, en el orden establecido en el formato (horas, minutos).

**Tipo de accidente:** Marque con una X la casilla correspondiente a las circunstancias del empleador y aquellas que no se encuentran en las demás categorías incluidas en este ítem.

**Causó la muerte al trabajador:** Marque con una X, (1) SI o (2) NO, según corresponda.

**Departamento del accidente:** Escriba el nombre del departamento donde ocurrió el accidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Municipio del accidente:** Escriba el nombre del municipio donde ocurrió el accidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde ocurrió el accidente de trabajo, ya sea cabecera municipal-Urbana (U) y Resto-Rural ( R ).

**Lugar donde ocurrió el accidente:** Marque con una X la casilla correspondiente, si el accidente sufrido por el trabajador se produjo (1) dentro o (2) fuera de la empresa. Posteriormente marque con una X en qué lugar, de los listados en el formato, ocurrió el accidente. Si el sitio de ocurrencia no corresponde a ninguno de los expuestos en el formulario, marque con una X otro y especifique el sitio donde ocurrió. Si se trata de lugares fuera de la empresa, pero coinciden con el tipo de lugar que se encuentra listado, se marcará igualmente la casilla correspondiente.

**(1) Almacenes o depósitos:** Hace referencia a las áreas locativas que sirven como almacén o depósito de materias primas, insumos, herramientas etc.

**(2) Áreas de producción:** Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrolla el proceso productivo de la empresa. Incluye talleres, instalaciones al aire libre, superficies de extracción, socavones, locales de aseo, andamios o grúas, laboratorios, cultivos, área de producción de servicios, batios de labor, etc.

**(3) Areas recreativas o deportivas:** Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrollan actividades recreativas o deportivas.

**(4) Corredores o pasillos:** Hace referencia a las áreas comunes dentro de la empresa en las que no se desarrolla el proceso productivo pero en las cuales circulan los trabajadores para su acceso, salida, o entre cada una de ellas.

**(5) Escaleras:** Hace referencia a escaleras fijas, aquellas que hacen parte de la estructura o construcción como área común. Se excluyen escaleras móviles.

**(6) Parqueaderos o áreas de circulación vehicular:** Hace referencia a las áreas en las cuales se realiza el parqueo o circulación vehicular de carros o mecanismos de transporte pertenecientes o no a la planta de personal, visitantes o aquellos relacionados con el proceso productivo o en general, cuando se trata de lugares fuera de la empresa.

**(7) Oficinas:** Hace referencia a las instalaciones donde funciona la parte administrativa de la empresa. Incluye despachos.

**(8) Otras áreas comunes:** Hace referencia a las áreas en las cuales no se desarrolla el proceso pero que están dentro de la empresa. Incluye estructuras, comedores y cocinas, techos y baños. Excluye los pasillos o corredores, escaleras, áreas recreativas y parqueaderos o áreas de circulación vehicular.

**(9) Otro:** Marque con una X esta opción cuando el lugar en el que ocurrió el accidente no corresponda a ninguna de las opciones presentadas en el listado. Indicar el nombre del lugar en el espacio correspondiente.

**Tipo de Lesión:** Marque con una X cuál de las lesiones listadas en el formato presentó el trabajador. Si la lesión o daño aparente no corresponde a ninguno de los establecidos en el listado, marque con una X otro y escriba cuál lesión sufrió el trabajador.

**Fractura:** Incluye las fracturas simples, las fracturas acompañadas de lesiones en partes blandas (fracturas abiertas), las fracturas acompañadas de lesiones en las articulaciones (con luxaciones etc), las fracturas acompañadas de lesiones internas o nerviosas.

**Luxación:** Incluye las subluxaciones y los desplazamientos de articulaciones. Excluye las luxaciones con fractura, las cuales deberán indicarse en el ítem de fractura.

**Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o de tendón, sin herida:** Incluye cada una de las citadas en el ítem, hernias producidas por esfuerzos, roturas, rasgaduras y laceraciones de tendones, de ligamentos y articulaciones, a menos que vayan asociadas a heridas abiertas. caso en el cual se indicará sólo en el ítem de herida.

**Conmoción o trauma interno:** Incluye las contusiones internas, las hemorragias internas, los desgarramientos internos, las roturas internas, a menos que vayan acompañados de fracturas, las cuales deberán indicarse en el ítem correspondiente a fractura.

**Amputación o enucleación:** Hace referencia a cualquiera de las dos condiciones listadas en el ítem, sea por amputación = desprendimiento de alguna parte del cuerpo, Ej: miembros superiores, inferiores o alguna parte de los mismos, a cualquier nivel o por enucleación = exclusión o pérdida traumática del ojo. incluye avulsión traumática del ojo.

**Herida:** Incluye desgarramientos, cortaduras, heridas contusas, heridas de cuero cabelludo, así como avulsión de uña o de oreja, o heridas acompañadas de lesiones de nervios, así como también mordeduras sin consecuencias en órganos internos o generalizados como envenenamiento evidente, pero que no sean superficiales. Excluye amputaciones traumáticas, enucleación, pérdida traumática del ojo, fracturas abiertas, quemaduras con herida, heridas superficiales y pinchazos o punciones (por animales o por objetos).

**Trauma superficial:** Incluye heridas superficiales, excoriaciones, rasguños, ampollas, picaduras de insectos no venenosos, punciones o pinchazos por objetos, con o sin salida de sangre, cualquier lesión superficial, laceración o herida en el ojo o párpados por inclusión de alguna partícula o elemento. Excluye enucleación y heridas profundas o severas en el ojo.

**Golpe o contusión o aplastamiento:** Incluye hemartrosis (colección de sangre en articulaciones), hematomas (colección de sangre en tejidos blandos), machacaduras, las contusiones y aplastamientos con heridas superficiales. Excluye conmociones contusiones y aplastamientos por fracturas, contusiones y aplastamientos con heridas.

**Quemadura:** Incluye las quemaduras por objetos calientes, por fuego, por líquido hirviendo, por fricción, por radiaciones (infrarrojas), por sustancias químicas (quemaduras externas solamente) y quemaduras con herida. Excluye quemaduras causadas por la absorción de una sustancia corrosiva o cáustica, las quemaduras causadas por el sol, los efectos del rayo, las quemaduras causadas por la corriente eléctrica. v los efectos de las radiaciones diferentes a quemaduras.

**Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia:** Incluye los efectos agudos de la inyección, ingestión, absorción o inhalación de sustancias tóxicas, corrosivas o cáusticas así como efectos de picaduras o mordeduras de animales venenosos, asfixia por óxido de carbono u otros gases tóxicos. Excluye las quemaduras externas por sustancias químicas y picaduras o mordeduras que sólo ocasionan punción o heridas.

**Efectos del tiempo, del clima u otros relacionados con el ambiente:** Incluye efectos del frío (heladuras), efectos del calor y de la insolación (quemaduras por el sol, acaloramiento, insolación), barotraumatismos o efectos de la altitud o de la descompresión, efectos del rayo, traumatismos sonoros o pérdida o disminución del oído, que no sean consecuencia de otra lesión.

**Asfixia:** Incluye ahogamiento por sumersión o inmersión, asfixia o sofocación por compresión, por derrumbe o por estrangulación; comprende igualmente asfixia por supresión o reducción del oxígeno de la atmósfera ambiental y asfixia por penetración de cuerpos extraños en las vías respiratorias. Excluye asfixia por óxido de carbono u otros gases tóxicos.

**Efecto de la electricidad:** Incluye la electrocución, el choque eléctrico y las quemaduras causadas por la corriente eléctrica. Excluye las quemaduras causadas por las partes calientes de un aparto eléctrico y los efectos del rayo (las cuales deben ser incluidas como quemaduras).

**Efecto nocivo de la radiación:** Incluye los efectos causados por rayos X, sustancias radiactivas, rayos ultravioletas, radiaciones ionizantes. Excluye las quemaduras debidas a radiaciones y las causadas por el sol.

**Lesiones múltiples:** Este grupo sólo debe ser utilizado para clasificar los casos en los cuales la víctima, habiendo sufrido varias lesiones de tipo de lesión diferentes, ninguna de estas lesiones se ha manifestado más grave que las demás. Cando en un accidente que ha provocado lesiones múltiples de tipo de lesión diferente, una de ellas es más grave que las demás, este accidente debe clasificarse en el grupo correspondiente al respectivo tipo de lesión que cause mayor gravedad.

**Otro:** Marque X en esta casilla cuando la lesión no corresponda a ninguna de las listadas en el formato.

**Parte del cuerpo aparentemente afectada:** Marque con una X la parte del cuerpo aparentemente afectada por el accidente. Si existe más de una parte afectada sólo se debe marcar la casilla que corresponda a la lesión que se manifiesta como más grave que las demás, si ninguna de ellas tiene esta característica debe marcar la casilla correspondiente a lesiones múltiples. Si la parte afectada no corresponde a ninguna de las establecidas en el formato, marque con una X en lesiones generales u otras, así como también se marcará esta casilla cuando se presenten repercusiones orgánicas de carácter general sin lesiones aparentes (ej: envenenamiento), excepto cuando repercusiones orgánicas son la consecuencia de una lesión localizada (ej: fractura de columna vertebral con lesiones en médula espinal en la cual se debe marcar tronco o cuello según el sitio de la lesión)

**Cabeza:** Incluye región craneana, oreja, boca (labios, dientes, lengua), nariz, ubicaciones múltiples en la cabeza y cara. Excluye ojo.

**Ojo:** Incluye uno o ambos ojos, la órbita y el nervio óptico.

**Cuello:** Incluye garganta y vértebras cervicales.

**Tronco:** Incluye espalda (columna vertebral y músculos adyacentes, médula espinal), ubicaciones múltiples y ubicaciones cercanas a las mencionadas y pelvis. Se excluye tórax y abdomen.

**Tórax:** Incluye costillas, esternón, órganos internos del tórax.

**Abdomen:** Incluye órganos internos.

**Miembros Superiores:** Incluye hombro, clavícula, omoplato, brazo, codo, antebrazo, muñeca, ubicaciones múltiples o no precisadas en ellos. Excluye manos y dedos.

**Manos:** Incluye dedos. Excluye muñeca o puño.

**Miembros Inferiores:** Incluye cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, ubicaciones múltiples y no precisadas.

**Pies:** Incluye dedos.

**Ubicaciones múltiples:** Esta casilla sólo se marca cuando existen lesiones en diferentes partes del cuerpo pero ninguna de ellas se superan en gravedad.

**Lesiones generales u otras:** Incluye aparato circulatorio en general, aparato respiratorio en general, aparato digestivo en general, sistema nervioso en general, otras lesiones generales y lesiones generales no precisadas.

**Agente del accidente:** Marque con una X el elemento con el que directamente se lesionó el trabajador en el momento del accidente. Si el elemento no corresponde a ninguno de los establecidos en el formato, marque con una X otro y escriba cuál fue el elemento con el que directamente se

**Máquinas y/o equipos:** Incluye generadores de energía con excepción de motores eléctricos, sistemas de transmisión (tales como correas, cables, poleas, cadenas, engranajes, árboles de transmisión), máquinas para el trabajo del metal (tales como prensas mecánicas, tornos, fresadoras, rectificadoras, muelas, cizallas, forjadoras, laminadoras), máquinas para trabajar la madera y otros materiales similares (tales como sierras, máquina de moldurar, cepilladoras), máquinas agrícolas (tales como segadoras, trilladoras), máquinas para el trabajo en las minas, máquinas para desmontes, excepto si corresponde a medios de transporte, máquinas de industria textil, máquinas para manufactura de productos alimenticios y bebidas máquinas para fabricación de panel etc

**Medios de transporte:** Incluye aparatos de izar (grúas, ascensores, montacargas, cabrestantes, poleas), medios de transporte rodante, medios de transporte con o sin motor, por vía férrea, rodantes, aérea, acuática, etc. equipos de transporte por vía férrea usados en industria, galerías, minas, canteras, etc., vehículos de tracción animal, carretillas y medios de transporte por cable.

**Aparatos:** Incluye recipientes de presión (tales como calderas, cañerías, cilindros de gas, equipo de buzo), hornos, fogones, estufas, plantas refrigeradoras, instalaciones eléctricas incluidos los motores eléctricos, escaleras móviles, rampas móviles, andamios, herramientas eléctricas manuales.

**Herramientas, implementos o utensilios:** Incluye herramientas manuales accionadas o no mecánicamente, canecas, elementos de escritorio, etc. Se excluyen herramientas eléctricas manuales, que se incluyen en el ítem aparatos.

**Materiales o sustancias:** Incluye explosivos, polvos, gases, líquidos y productos químicos, fragmentos volantes y otro tipo de materiales y sustancias, excepto radiaciones.

**Radiaciones:** Incluye todo tipo de radiaciones ionizantes y no ionizantes.

**Ambiente de trabajo:** Incluye en el exterior (condiciones climáticas, superficies de tránsito y trabajo, agua), en el interior (pisos, escaleras fijas o de la estructura, rampas de estructura, espacios exiguos, otras superficies de transito y de trabajo, aberturas en el suelo y paredes, factores que crean el ambiente (tales como alumbrado, ventilación, temperatura, ruido), subterráneos (tales como trabajos y revestimientos de galerías, de túneles, frentes de minas, fuego, agua). Se excluyen escaleras móviles, rampas móviles y andamios, que se incluyen en el ítem de aparatos o elementos de escritorio que se deben incluir en herramientas o utensilios.

**Otros agentes no clasificados:** Marque X en esta casilla cuando no corresponda a los elementos establecidos en el listado del formato.

**Animales:** Incluye animales vivos y productos de animales.

**Agentes no clasificados por falta de datos:** Sólo marque esta casilla cuando no se conozca o no haya sido suministrada la información sobre el agente del accidente ni por el trabajador o personas que presenciaron el accidente.

**Mecanismo o forma del accidente:** Marque X en la casilla que corresponda al tipo de mecanismo o forma en la cual sucedió el accidente. Si no se encuentra en el listado, marque X en otro y especifique el mecanismo o forma ocurrida. Si se encuentran diferentes mecanismos ocurridos en forma simultánea, sólo marque aquel que se considera como principal o de mayor gravedad.

**Caídas de personas:** Incluye caída de personas con desnivelación (caída desde alturas) y en profundidades (tales como pozos, fosos excavaciones, aberturas en el suelo) y caídas de personas que ocurren al mismo nivel.

**Caída de objetos:** Incluye derrumbes, desplomes (tales como de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de mercancías), caídas de objetos en curso de manutención manual, etc.

**Pisadas, choques o golpes:** Incluye pisadas sobre objetos, choques contra objetos móviles o inmóviles y golpes por objetos móviles (comprendidos fragmentos volantes y partículas). Excluye golpes por objetos que caen.

**Atrapamientos:** Incluye atrapada por un objeto, atrapada entre un objeto inmóvil y un objeto móvil, atrapada entre dos objetos móviles. Excluye atrapamientos por objetos que caen.

**Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento:** Incluye esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos, empujar objetos o tirar de ellos, al manejar o lanzar objetos y falsos movimientos.

**Exposición o contacto con temperatura extrema:** Incluye exposición al calor de la atmósfera o ambiente del trabajo, exposición al frío de la atmósfera o ambiente de trabajo, contacto con sustancias u objetos ardientes y contacto con sustancias u objetos muy fríos.

**Exposición o contacto con la electricidad:** Se refiere a cualquier tipo de exposición con la electricidad.

**Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras:** Incluye contacto por inhalación, ingestión o por absorción con sustancias nocivas, exposición a radiaciones ionizantes u otras radiaciones. Incluye también contacto con sustancias nocivas cuando sea en la forma de

**Otro:** Marque X en esta casilla cuando no corresponda a los mecanismos que se encuentran en el

#### **IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

**Descripción del accidente:** En este espacio describa el hecho que originó el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrando todo lo que considere importante (quién, cómo, dónde, cuándo, si hubiera su labor habitual etc.).

Quién: quien es o son los accidentados

Cómo: la forma como ocurrió el evento y si era propio de su actividad

Dónde: Lugar exacto donde ocurrió el evento

Cuándo: hora en que ocurrió el evento y si estaba con en su horario de trabajo

Nota: si es un accidente de tránsito describir la ruta de debía cubrir el accidentado.

#### **Personas que presenciaron el accidente:**

Colocar los nombres, apellidos y cédula de las personas que presenciaron el accidente, escribir su versión, con sus respectiva firmas

**Persona responsable del informe:** Escriba los apellidos y nombres de la persona responsable de diligenciar el informe, sea este el representante o delegado y el cargo en la empresa, con su respectiva firma.

**Fecha de diligenciamiento del informe del accidente:** Escriba la fecha en la cual está informando el accidente sucedido al trabajador, en el orden que se especifica en el formato (día, mes, año).

## **V. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL, JEFE INMEDIATO Y COMITÉ PARITARIO)**

Adicionar observaciones o información adicional que sea útil para la investigación y análisis del accidente y que no se encuentren en la descripción del accidente

## **VI. DIBUJO O FOTOS (ANEXAR)**

Es importante adicionar dibujos, esquemas o fotos que puedan ayudar en el proceso de investigación y análisis. Si va a pegar fotos, utilizar formato J.P.G.

## **VII. DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ARBOL DE CAUSAS**

Adicionar el método de análisis del accidente de trabajo, la ARL-SURA recomienda usar el método de arbol de causas cuyo documento y entrenamiento está disponible a través del PLAN DE FORMACION DE LA A.R.L.- SURA

## **VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES**

Resumir de acuerdo con el análisis causal las causas inmediatas y las causas básicas identificadas en el análisis, estas se definen en causas inmediatas o directas que en el formato se definen como actos y condiciones subestándar y causas básicas que se dividen en factores personales y factores de trabajo

## **IX. MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS**

Establecer medidas de intervención necesarias para que el evento no se presente nuevamente por estas causas y verificar el cumplimiento

Definir si el control se realizará en la fuente, medio o persona con una x

Colocar la fecha máxima en la cual se realizará la medida de control y efectividad

Colocar la fecha en que la empresa verificará el cumplimiento de la medida

Colocar si al verificar la realización de la mejora, esta fué efectiva

Colocar el área responsable de realizar la verificación

## **X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION**

Incluir los participantes en la investigación, de manera obligatoria están: el representante legal, representante del COPASO ahora Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, jefe inmediato del accidentado y encargado del desarrollo del programa de salud ocupacional. Cuando se considere grave o cause la muerte en la investigación debe participar un profesional con licencia en SO y el encargado del diseño de normas, procesos y/o mantenimiento.

Si el accidentado es de una temporal, cooperativa o contratista, la empresa contratante o usuaria debe delegar

## **DEFINICIONES DE RIESGOS LABORALES Y ACCIDENTE DE TRABAJO**

### **(Decreto 1295/94, Ley 1562/2012):**

Riesgos Profesionales: Artículo 8 Decreto Ley 1295/94.

Son Riesgos Profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada, y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional.

ACCIDENTE DE TRABAJO: Artículo 3 Ley 1562/2012.

producza en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en **Obligatoriedad de la Notificación (Artículo 62 del Decreto 1295/94)**: Todo accidente o enfermedad profesional que ocurra en una empresa o actividad económica, deberá ser informado por el respectivo empleador a la entidad Administradora de Riesgos Profesionales y a la Entidad Promotora de Salud, en forma simultánea, dentro de los **dos días hábiles** siguientes de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

**Requisitos para la calificación de Origen (Decreto 1352/2013):** son requisitos que fundamentan la calificación de origen los siguientes:

El informe del presunto accidente de trabajo, elaborado por el empleador o, en su defecto, por la entidad que le prestó la atención médica inicial. Ver formato de ARL SURA para investigación de accidentes de trabajo. En todos los casos copia del acta del levantamiento de cadáver, certificado de necropsia y certificado de Historia clínica del afiliado, o resumen de la misma, en donde consten los antecedentes y el diagnóstico definitivo. (En los casos en los cuales requirió servicio asistencial por el evento).

Certificación de cargos y labores desempeñadas por el afiliado dentro de la empresa o sitio de trabajo, al momento del accidente, horario y turno de trabajo.

afiliado.

El concepto de salud ocupacional suministrado por la entidad de seguridad social correspondiente, en los casos donde el diagnóstico lo realice la EPS o AFP del trabajador.

La aclaración escrita, complementado la información de los hechos ocurridos en eventos ocasionados por tóxicos, durante el traslado de los trabajadores a su residencia o viceversa, muerte violenta, accidentes de tránsito o cuando el evento se presente fuera del lugar y horas de trabajo, ya que son documentos que facilitan la definición del origen, así:

1. Eventos violentos: investigación de los posibles móviles dada por la empresa.
2. Eventos en misión: carta soporte del representante legal aclarando la misión, soportes de viáticos, etc.
3. Accidentes de tránsitos: croquis, reporte de autoridad jurídica, informe del levantamiento de los hechos.
4. Reporte del resultado de exámenes toxicológicos en los casos en los cuales se hayan requerido.

**Entes facultados para la calificación del Origen del accidente, de la enfermedad y la muerte (Artículo 12, Decreto 1295/94)**

Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.

La calificación del origen del accidente de trabajo o de la enfermedad laboral será calificada, en primera instancia por la institución prestadora de servicios de salud que atiende al afiliado.

El médico o la comisión laboral de la entidad Administradora de Riesgos Laborales determinará el origen, en segunda instancia.

Cuando surjan discrepancias en el origen, éstas serán resueltas por una junta integrada por representantes de las entidades administradoras, de salud y de riesgos profesionales.

De persistir el desacuerdo, se seguirá el procedimiento previsto para las juntas de calificación de invalidez definido en el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 y demás normas reglamentarias.

#### **Procedimiento a seguir por parte del empleador:**

Con base en las definiciones jurídicas previamente esbozadas, se realiza la notificación de lo que se considera un presunto accidente de trabajo mortal. Por esta razón tenga en cuenta los siguientes pasos:

En el momento de presentarse un presunto accidente de trabajo mortal en cualquier empresa usuaria, la persona encargada en la empresa del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o el respectivo representante de la Gerencia, deberán hacer un análisis al interior para obtener información preliminar sobre el quién, cuándo, cómo, dónde, con quienes y la función realizada por el occiso al momento del accidente. Esta información es la base preliminar para dar inicio a un proceso de investigación por parte de la ARL. En este punto es importante la recolección clara y veraz de la información brindada por las personas que hayan presenciado el accidente, tanto de la empresa como externas a ella.

Una vez se obtiene esta información preliminar se procede a realizar la notificación del evento, informando vía telefónica a la LÍNEA DE ATENCIÓN de la ARL-SURA para brindar la información preliminar del caso y simultáneamente, se diligencia el reporte del presunto accidente de trabajo y lo envía a la respectiva regional u oficina de la ARL-SURA

La LÍNEA DE ATENCIÓN de la ARL-SURA informa del evento al Profesional en Prevención de Riesgos de ARL SURA asignado a la empresa, quien contactará al responsable de salud ocupacional o representante de la gerencia encargado del tema, para establecer el acompañamiento respectivo.

El profesional en prevención de riesgos le prestará la asesoría pertinente acerca del proceso de investigación que se debe adelantar ante la ocurrencia de un evento mortal e inicia el proceso de investigación formal con relación al evento ocurrido, el cual se realiza en la primera semana del suceso.

Paralelo a la investigación el encargado dentro de su empresa debe proceder a adjuntar los diferentes soportes anotados para la calificación de origen teniendo en cuenta en este paso, que existen dos tipos de

Soportes básicos para todo accidente mortal: el reporte de presunto AT, la carta de empleador notificando las funciones básicas del cargo, acta de defunción.

Soportes para casos violentos, eventos de tránsito, casos en misión o durante la realización de tareas no relacionadas con el oficio, se requieren además de los anteriores los siguientes: carta del empleador especificando las funciones que realizaba el afiliado al momento del AT, historia clínica en los casos en los cuales haya algún periodo de sobrevivencia, copia de denuncias efectuadas por daños o robos efectuados en el suceso, información del reporte del tránsito, ruta de trabajo.

La documentación solicitada debe ser enviada a la ARL-SURA en el menor tiempo posible para continuar con el proceso de calificación (de conformidad con el artículo 4 del Decreto 1530 de 1996, las empresas en las que se ha presentado un accidente de trabajo de carácter mortal, son responsables de realizar dentro de los 15 días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente una investigación encaminada a determinar las causas. Esta investigación deberá ser remitida a la ARL, quien emitirá su concepto sobre las causas del accidente y las acciones de prevención a seguir para evitar futuros eventos de la misma naturaleza.

En algunos es posible que sea necesario ampliar la información concerniente al evento, en ellos se hará uso de un investigador privado el cual se presentará a la empresa con documentación que garantiza el manejo confidencial de la información y su adscripción a la ARL-SURA.

El registro de la investigación realizada, anexo a la documentación relacionada para la calificación de un evento como de origen profesional aportada por la respectiva empresa, son el soporte básico para que la comisión laboral de la ARL-SURA defina el origen del evento.

La definición de la calificación siempre será notificada de forma personal por parte de la ARL-SURA, y de acuerdo con la misma se procede a definir los pasos necesarios para que los beneficiarios presenten la reclamación de sus derechos prestacionales.

**Incidente de trabajo:** de acuerdo con la Resolución 1401 de 2007. “Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con éste, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos”.

**Investigación de accidente o incidente:** de acuerdo con la Resolución 1401 de 2007. “Proceso sistemático de determinación y ordenación de causas, hechos o situaciones que generaron o favorecieron la ocurrencia del accidente o incidente, que se realiza con el objeto de prevenir su repetición, mediante el control de los riesgos que lo produjeron”.

**Causas básicas:** de acuerdo con la Resolución 1401 de 2007. “Causas reales que se manifiestan detrás de los síntomas; razones por las cuales ocurren los actos y condiciones subestándares o inseguros; factores que una vez identificados permiten un control administrativo significativo. Las causas básicas ayudan a explicar por qué se cometen actos subestándares o inseguros y por qué existen condiciones subestándares o inseguras”.

**Causas inmediatas:** de acuerdo con la Resolución 1401 de 2007. “Circunstancias que se presentan justamente antes del contacto; por lo general son observables o se hacen sentir. Se clasifican en actos subestándares o actos inseguros (comportamientos que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente o incidente) y condiciones subestándares o condiciones inseguras (circunstancias que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente o incidente)”.

amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, radio y cubito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como, aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva”.

**Accidente leve:** Accidente que genera menos de un día de incapacidad.

un estándar y entran a formar parte de una secuencia de eventos que tienen como resultado un accidente o incidente.

**Causa inmediata:** son las circunstancias que se presentan antes del contacto y que originaron directamente el accidente. por lo general se pueden observar fácilmente por el investigador y se refieren a condiciones o comportamientos inseguros

**Causa básica:** son aquellos factores que contribuyen a la existencia de las causas inmediatas. Por lo general se requiere de un mayor análisis para ser reconocidas por el investigador. También se les denomina causas raíz, causas indirectas o contribuyentes.

**Naturaleza de la lesión:** Se denomina por sus principales características físicas. Ejemplos: amputación, fractura, herida, lumbalgia, quemadura, entre otras.

Cuando se presentan lesiones múltiples se debe elegir la lesión más seria. Por ejemplo, se selecciona de preferencia una lesión que implica incapacidad permanente antes que una lesión con incapacidad temporal. múltiples.

**Parte del cuerpo afectada:** Se clasifica la parte del cuerpo que resultó directamente afectada por la lesión. Cuando la naturaleza de la lesión o lesiones afecta varias secciones de una parte principal del cuerpo o diferentes miembros principales del cuerpo, debe utilizarse la categoría “partes múltiples”, de acuerdo con las reglas del método. Ejemplos: Mano, dedos, pie, tronco, cabeza.

**Tipo de accidente:** Se designa el suceso que directamente produjo la lesión. Entre éstos se encuentran: Golpeado contra o por; caída de un nivel superior o a un mismo nivel; cogido en, debajo o entre; sobreesfuerzo; contacto con, entre otros

**Agente de la lesión:** Se refiere al objeto, sustancia, exposición, o movimiento del cuerpo que directamente produjo la lesión. Ejemplos: Maquina troqueladora, escalera, caja, sustancias químicas, fuego, etc.

Revisó	Aprobó
Coordinador HSEQ	Gerente

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción del Cambio
1	25/01/2018	Emisión del Documento