FORMATO PARA INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Resolución No. 1401 de 2007

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

INCIDENTE ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☐	Fecha de la investigación AAAA MM DD	Departamento	Municipio	Dirección
Leve ☐ Grave ☐ Mortal ☐	Hora en la que se realizó la investigación DE: HH MM A.M. P.M. A: HH MM A.M. P.M.	Responsable de la investigación		

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Nombre de la actividad principal	Código	Nombre o Razón Social					
Tipo de Identificación NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ N.U. ☐ P.A. ☐	No.	Dirección	Teléfono				
Fax	Correo Electrónico (Mail)	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona Urbana ☐ Rural ☐	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR	Código	Son los datos del Centro de trabajo los mismos de la sede principal? SI ☐ NO ☐	Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas:				
Nombre de la actividad económica del Centro de Trabajo	Código	Dirección					
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona Urbana ☐ Rural ☐
Tipo de Vinculador Laboral: Empleador ☐	Contratante ☐	Cooperativa - CTA ☐	Otro ☐	¿Cuál?			

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE TUVO EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación C.C. ☐ C.E. ☐ N.U. ☐ P.A. ☐	No.					
EPS a la que está afiliado:	Código EPS	AFP a la que está afiliado:	Código AFP	ARL a la que está afiliado:	Código ARL		
Departamento	Código	Municipio	Código	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Dirección		
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD	Sexo Masculino ☐ Femenino ☐			
Cargo	Ocupación Habitual	Código	Fecha de Ingreso a la Empresa AAAA MM DD				
Tiempo en la Ocupación: Años	Meses	Tiempo en la Empresa: Años	Meses	Salario u Honorarios	IPS que atendió el accidente		
Jornada de Trabajo Habitual: Diurna ☐	Nocturna ☐	Mixto ☐	Turnos ☐	Otro ☐	¿Cuál?		
Tipo de Vinculación: Planta ☐	Misión ☐	Cooperado ☐	Estudiante o aprendiz ☐	Independiente ☐	Otro ☐	¿Cuál?	

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

Fecha de Ocurrencia AAAA MM DD	Hora de Ocurrencia HH MM A.M. P.M.	Día de la semana en que ocurrió LU ☐ MA ☐ M ☐ JU ☐ VI ☐ SA ☐ DO ☐	Jornada Normal ☐ Extra ☐				
Estaba Realizando su labor habitual? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?	Código	Tipo de Accidente o Incidente: Violencia ☐ Tránsito ☐ Deportivo ☐ Recreativo y Cultural ☐ Propio del Trabajo ☐					
Departamento	Código	Municipio	Código	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Tiempo laborado Previo HH MM		
Lugar donde ocurrió el accidente o incidente: Dentro de la empresa ☐ Fuera de la empresa ☐ En otra Empresa ☐	Sitio exacto donde ocurrió el accidente o incidente: Almacenes o depósitos ☐ Áreas de Producción ☐ Áreas Recreativas o deportivas ☐	Corredores o Pasillos ☐ Escaleras ☐ Otras áreas comunes ☐	Oficinas ☐ Parqueaderos o áreas de circulación vehicular ☐ Otro ¿Cuál? ☐				
El trabajador recibió atención de primeros auxilios? SI ☑ NO ☑ ¿Por qué?	Ocasionó la muerte del trabajador? SI ☐ NO ☐	Fecha de la muerte AAAA MM DD					

V. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

ITEM	SI	NO	EVIDENCIA / REGISTRO	SI	NO
HABÍA RECIBIDO LA INSTRUCCIÓN NECESARIA PARA LA ACTIVIDAD	☐	☐		☐	☐
EL TRABAJADOR CONOCÍA LOS RIESGOS DE LA LABOR QUE REALIZABA	☐	☐		☐	☐
TENIA EL TIPO DE PROTECCIÓN NECESARIA PARA LA LABOR QUE REALIZABA	☐	☐		☐	☐
EL ACCIDENTE FUE REPORTADO A LA ARL DENTRO DEL PLAZO LEGAL ESTABLECIDO	☐	☐		☐	☐
HABÍAN OCURRIDO EVENTOS SIMILARES ANTERIORMENTE	☐	☐		☐	☐
HUBO TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE	☐	☐	¿CUÁNTOS? ¿DE LA MISMA ÁREA?	☐	☐
SE HAN PRESENTADO OTROS INCIDENTES O ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL ÁREA DE TRABAJO	☐	☐	EL EVENTO SIMILAR FUE INVESTIGADO?	☐	☐
SE CUENTA CON MATRIZ DE PELIGROS ACTUALIZADA	☐	☐	SE HABÍA CONSIDERADO COMO PRIORITARIA ESTA CONDICIÓN EN LA MATRIZ DE PELIGROS?	☐	☐
EL TRABAJADOR HA ESTADO INVOLUCRADO EN OTROS AT O INCIDENTES ANTERIORES	☐	☐	CUÁNTOS? CUÁLES?		

Describa en forma detallada cómo ocurrió el incidente o el accidente actual:

MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)

Fotografías:	Videos:	Cintas de Audio:	Ilustraciones:	Diagramas:	Otros:

VI. CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE: CON BASE EN EL REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OIT - ANEXOS DEL 2 AL 5 DEL INSTRUCTIVO

No.	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
1	TIPO DE LESIÓN		
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA		
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE		
4	AGENTE DEL ACCIDENTE		

VII. ANÁLISIS DE CAUSALIDAD GUÍA NTC 3701

No.	CAUSAS	BÁSICAS	INMEDIATAS	FP	FT	AS	CS	CÓDIGO
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	

VIII. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE POR PARTE DEL TRABAJADOR Y/O TESTIGOS O TESTIMONIO (Si se tienen más de dos testigos, anexar al final con los mismos datos)

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

Fecha del accidente AAAA MM DD | Fecha del testimonio AAAA MM DD | Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐ N.U. ☐ P.A. ☐ | Número

Nombres y apellidos | Cargo

Descripción de lo ocurrido

FIRMA

TESTIGO 1

Fecha del accidente | AAAA | MM | DD | Fecha del testimonio | AAAA | MM | DD | Tipo de documento | C.C. ☐ | C.E. ☐ | N.U. ☐ | P.A. ☐ | Número

Nombres y apellidos | Cargo

Descripción de lo ocurrido

FIRMA

TESTIGO 2

Fecha del accidente | AAAA | MM | DD | Fecha del testimonio | AAAA | MM | DD | Tipo de documento | C.C. ☐ | C.E. ☐ | N.U. ☐ | P.A. ☐ | Número

Nombres y apellidos | Cargo

Descripción de lo ocurrido

FIRMA

IX. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DEL GRUPO INVESTIGADOR

CARGO EQUIPO INVESTIGADOR	CARGO EMPRESA	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO		FIRMA
			TIPO	NÚMERO	
JEFE INMEDIATO					
ENCARGADO DEL SG - SST					
INTEGRANTE DEL COPASO O VIGÍA					
INTEGRANTE DEL COPASO O VIGÍA					
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS					
OTRO					

X. ANÁLISIS ESPECIALIZADO (Es obligatorio para accidentes mortales y graves, opcional para accidentes leves e incidentes)

Nombres	Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐ N.U. ☐ P.A. ☐	Número
Apellidos	Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo	

Observaciones del especialista:

(Si se necesita más espacio para las observaciones, se puede anexar una hoja en blanco, relacionarla y firmarla)

FIRMA

Fecha AAAA MM DD

XI. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA FUENTE, EL MEDIO Y EL TRABAJADOR

SOBRE CAUSAS INMEDIATAS	P	C	F	M	T	RESPONSABLE	FECHA
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD

SOBRE CAUSAS BÁSICAS	P	C	F	M	T	RESPONSABLE	FECHA
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD
	☐	☐	☐	☐	☐		AAAA MM DD

XII. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL

Representante legal				FIRMA
Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐ N.U. ☐ P.A. ☐	Número	Cargo		
Fecha de remisión de recomendaciones de la ARL al empleador AAAA MM DD	Responsable de la Remisión			
Fecha de remisión de la ARL al Ministerio de Trabajo AAAA MM DD	Cargo	Fecha de remisión AAAA MM DD	Número de folios	FIRMA

XIII. RESPONSABLES DE VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR

Nombres y apellidos			FIRMA
Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐ N.U. ☐ P.A. ☐	Número	Cargo	

FUERON EFECTIVAS LAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN? SI ☐ NO ☐

FECHA DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
AAAA MM DD	
AAAA MM DD	
AAAA MM DD	
AAAA MM DD	
AAAA MM DD	
AAAA MM DD	
AAAA MM DD	
AAAA MM DD	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nombre o título	Idioma	Tipo de soporte (digital, físico o mixto)	Formato de la información (PDF, Excel, HTML, etc.)	Vigencia	Área Responsable de la producción de la información	Área Responsable de la publicación o gestión de la información
Formato para investigación de accidentes e incidentes de trabajo	Español	Digital	PDF	2026	P&P ARL	P&P ARL