

Comunidad Nacional de Conocimiento:

En normatividad y actualizaciones
legales en riesgos laborales

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



Positiva Compañía
de Seguros



@PositivaCol



PositivaCol



Positiva Colombia



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO

Comunidad Nacional de Conocimiento en:

**Normatividad y Actualizaciones
Legales en Riesgos Laborales**



Reporte e investigación del Accidente de Trabajo



Experto Líder

*de la comunidad, normatividad y
actualizaciones legales en riesgos laborales*

Jesús Palomino Cervantes

Correo: jesus.palomino@hotmail.com

Contacto: 3106403928

Ruta de conocimiento

01

SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

02

PRESTACIONES
ECONÓMICAS EN
RIESGOS LABORALES

03

DECRETO 1072:
IMPACTO EN EL SG-
SST

04

OBLIGACIONES DEL
EMPLEADOR EN EL
SG-SST

05

DOCUMENTACIÓN
DEL SG-SST

06

IMPORTANCIA DEL
COPASST EN EL SG-
SST

07

EVALUACIONES
MÉDICAS
OCUPACIONALES

08

REPORTE E
INVESTIGACIÓN DEL
ACCIDENTE DE
TRABAJO

Ruta de conocimiento

09

MATRIZ LEGAL EN SST

13

COPASSTY
ESTÁNDARES
MÍNIMOS DEL SG-SST

10

OBLIGACIONES DEL
TRABAJADOR EN SST

14

RESPONSABILIDAD
LEGAL DEL
EMPLEADOR EN
RIESGOS LABORALES

11

PENSIÓN ESPECIAL
DE VEJEZ POR
ACTIVIDADES DE
ALTO RIESGO

15

ACTUALIZACIÓN
LEGAL EN SST

12

PROGRAMA DE
PREVENCIÓN DE
ACCIDENTES
MAYORES (PPAM)

“ La educación es el arma más poderosa que puede usar para cambiar el mundo. ”

Nelson Mandela



Reporte e investigación Accidente de Trabajo

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Tabla de contenidos



¿Qué se debe hacer en
caso de accidente?

Momento 1



Estudio de la
Resolución 1401 de 2007

Momento 2



Formato Investigación de
incidente y accidente de trabajo

Momento 3

Objetivo

Sensibilizar a los participantes para que reporten e investiguen oportunamente el incidente y el accidente de trabajo.



¿Qué se debe hacer en caso de accidente?

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



¡Importante!



Nuestra página web esta presentando **cambios con el fin de brindarte un mejor servicio**, por esta razón nuestros canales de atención de **Asesoría virtual y llámanos se encuentran deshabilitados.**

Para recibir atención a tus solicitudes comunícate a las líneas de atención en Bogotá al **+57 (601) 330 7000** y a nivel nacional **(+57) 018000 111 170.**

Riesgos
Laborales

Seguros de
Vida

Pensionados





Manual de Usuario



¿Qué se debe hacer
en caso de
accidente?



Recaudo y Cartera



Clasificación
Riesgo IV y V

¿Qué hacer en caso de Accidentes de Trabajo?

Procedimiento en Caso de un Accidente de Trabajo.



- Recibir oportunamente los primeros auxilios en su lugar de trabajo.
- En caso de urgencia vital, trasladar al accidentado a la IPS más cercana del lugar en el que se encuentre para recibir atención médica.
- Para conocer la Red de Urgencias IPS más cercana a la ubicación del accidentado, podrá descargar la APP Conexión Positiva desde la tienda App Store o Google Play, o si prefiere, comuníquese a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111 y reciba orientación para la atención médica de su accidente.
- En caso de ser hospitalizado, Positiva gestionará con la IPS, las autorizaciones de servicios médicos.
- Inmediatamente ocurra el Accidente de Trabajo informar a la persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o al Jefe Inmediato, para que se reporte el accidente a la ARL, ya sea por el portal transaccional www.positivaenlinea.gov.co, la aplicación Alissta <https://alissta.gov.co> o puede ser reportado a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111170.
- Al correo se le enviarán [indicaciones](#) sobre otros temas relacionados con el accidente, como trámites de autorizaciones médicas posteriores a la urgencia e incapacidades temporales.

¿Qué hacer en caso de Accidentes de Trabajo?

- Recibir oportunamente los primeros auxilios en su lugar de trabajo.

Caso de un Accidente de Trabajo.



lugar en el que se encuentre para recibir atención médica.

- Para conocer la Red de Urgencias IPS más cercana a la ubicación del accidentado, podrá descargar la APP Conexión Positiva desde la tienda App Store o Google Play, o si prefiere, comuníquese a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111 y reciba orientación para la atención médica de su accidente.
- En caso de ser hospitalizado, Positiva gestionará con la IPS, las autorizaciones de servicios médicos.
- Inmediatamente ocurra el Accidente de Trabajo informar a la persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o al Jefe Inmediato, para que se reporte el accidente a la ARL, ya sea por el portal transaccional www.positivaenlinea.gov.co, la aplicación Alissta <https://alissta.gov.co> o puede ser reportado a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111170.
- Al correo se le enviarán [indicaciones](#) sobre otros temas relacionados con el accidente, como trámites de autorizaciones médicas posteriores a la urgencia e incapacidades temporales.

¿Qué hacer en caso de Accidentes de Trabajo?

Procedimiento en

- En caso de urgencia vital, trasladar al accidentado a la IPS más cercana del lugar en el que se encuentre para recibir atención médica.

- Recibir oportunamente los primeros auxilios en su lugar de trabajo.



Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111 y reciba orientación para la atención médica de su accidente.

- En caso de ser hospitalizado, Positiva gestionará con la IPS, las autorizaciones de servicios médicos.
- Inmediatamente ocurra el Accidente de Trabajo informar a la persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o al Jefe Inmediato, para que se reporte el accidente a la ARL, ya sea por el portal transaccional www.positivaenlinea.gov.co, la aplicación Alissta <https://alissta.gov.co> o puede ser reportado a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 11170.
- Al correo se le enviarán [indicaciones](#) sobre otros temas relacionados con el accidente, como trámites de autorizaciones médicas posteriores a la urgencia e incapacidades temporales.

¿Qué hacer en caso de Accidentes de Trabajo?

Procedimiento en

- Para conocer la Red de Urgencias IPS más cercana a la ubicación del accidentado, podrá descargar la APP Conexión Positiva desde la tienda App Store o Google Play, o si prefiere, comuníquese a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111 y reciba orientación para la atención médica de su accidente.

- Recibir oportunamente los primeros auxilios en su lugar de trabajo.



transaccional www.positivaenlinea.gov.co, la aplicación Alissta <https://alissta.gov.co> o puede ser reportado a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 11170.

- Al correo se le enviarán **indicaciones** sobre otros temas relacionados con el accidente, como trámites de autorizaciones médicas posteriores a la urgencia e incapacidades temporales.

¿Qué hacer en caso de Accidentes de Trabajo?

Procedimiento en Caso de un Accidente de Trabajo.

- Recibir oportunamente los primeros auxilios en su lugar de trabajo.
- En caso de urgencia vital, trasladar al accidentado a la IPS más cercana del lugar en el que se encuentre para recibir atención médica.
- Para conocer la Red de Urgencias IPS más cercana a la ubicación del accidentado, podrá descargar la APP Conexión Positiva desde la tienda App Store o Google Play, o si prefiere, comuníquese a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111 y reciba orientación para la atención médica de su accidente.

- En caso de ser hospitalizado, Positiva gestionará con la IPS, las autorizaciones de servicios médicos.



que se reporte el accidente a la ARL, ya sea por el portal transaccional www.positivaenlinea.gov.co, la aplicación Alissta <https://alissta.gov.co> o puede ser reportado a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111170.

- Al correo se le enviarán [indicaciones](#) sobre otros temas relacionados con el accidente, como trámites de autorizaciones médicas posteriores a la urgencia e incapacidades temporales.

¿Qué hacer en caso de Accidentes de Trabajo?

Procedimiento en Caso de un Accidente de Trabajo.

- Recibir oportunamente los primeros auxilios en su lugar de trabajo.
- En caso de urgencia vital, trasladar al accidentado a la IPS más cercana del lugar en el que se encuentre para recibir atención médica.
- Para conocer la Red de Urgencias IPS más cercana a la ubicación del accidentado, podrá descargar la APP Conexión Positiva desde la tienda App Store o Google Play, o si prefiere, comuníquese a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111 y reciba orientación para la atención médica de su accidente.

- Inmediatamente ocurra el Accidente de Trabajo informar a la persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o al Jefe Inmediato, para que se reporte el accidente a la ARL, ya sea por el portal transaccional www.positivaenlinea.gov.co, la aplicación Alissta <https://alissta.gov.co> o puede ser reportado a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111170.

¿Qué hacer en caso de Accidentes de Trabajo?

Procedimiento en Caso de un Accidente de Trabajo.



- Recibir oportunamente los primeros auxilios en su lugar de trabajo.
- En caso de urgencia vital, trasladar al accidentado a la IPS más cercana del lugar en el que se encuentre para recibir atención médica.
- Para conocer la Red de Urgencias IPS más cercana a la ubicación del accidentado, podrá descargar la APP Conexión Positiva desde la tienda App Store o Google Play, o si prefiere, comuníquese a la Línea Positiva en Bogotá 601 3307000 / Resto del país 01 8000 111 y reciba orientación para la atención médica de su accidente.
- En caso de ser hospitalizado, Positiva gestionará con la IPS, las autorizaciones de servicios médicos.
- Inmediatamente ocurra el Accidente de Trabajo informar a la persona responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o al Jefe Inmediato, para que se reporte el accidente a la APL y se gestione por el portal

- Al correo se le enviarán **indicaciones** sobre otros temas relacionados con el accidente, como trámites de autorizaciones médicas posteriores a la urgencia e incapacidades temporales.

Reporte Accidente de Trabajo

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



AVISO QUE DEBE DAR EL ACCIDENTADO

Código Sustantivo del Trabajo, artículo 221

Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo esta en la obligación de dar **inmediatamente** aviso al empleador o a su representante. (. . .)

REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL

(Decreto 1295 de 1994. artículo 62.)

Todo accidente de trabajo 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.

FORMATO DE INFORME PARA
ACCIDENTE DE TRABAJO DEL
EMPLEADOR O CONTRATANTE

No. 9999999

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
CALLE 100 No. 100-100
BOGOTÁ, D.C. 110010

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO AFP	SEGURO SOCIAL	CUÁL (INDICAR NOMBRE AFP SI NO ES EL SEGURO SOCIAL)
		☐ SÍ ☐ NO	

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:
☐ (1) Empleador ☐ (2) Contratante ☐ (3) Cooperativa de Trabajo Asociado

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)		CÓDIGO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			DIRECCIÓN				
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.							
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA
							☐ U ☐ R
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR							
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? ☐ SÍ ☐ NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:							
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO	DIRECCIÓN				
TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA	
						☐ U ☐ R	


POSITIVA
 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
 SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES
 No. 99999999

FORMATO DE INFORME PARA
 ACCIDENTE DE TRABAJO DEL
 EMPLEADOR O CONTRATANTE

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE
 DEPTO. A LA QUE CORRESPONDE: _____

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ										TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:										CÓDIGO			
PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE								
TIPO DE IDENTIFICACIÓN										FECHA DE NACIMIENTO										SEXO			
TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No. _____										D D M M A A A A										☐ M ☐ F			
DIRECCIÓN										TELÉFONO										FAX			
DEPARTAMENTO										CÓDIGO		MUNICIPIO								CÓDIGO		ZONA	
																						☐ U ☐ R	
OCUPACIÓN HABITUAL										CÓDIGO		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA											
												D D M M A A A A											
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)										JORNADA DE TRABAJO HABITUAL													
										☐ (1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTA ☐ (4) POR TURNOS													

FORMULARIO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE
 No. 99999999

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE								HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)				DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE							JORNADA EN QUE SUCEDE:	
D	D	M	M	A	A	A	A	H	H	M	M	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	☐ (1) NORMAL	☐ (2) EXTRA

¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?												CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE			
☐ (1) SÍ ☐ (2) NO ¿CUÁL? (Diligenciar solo en caso negativo): _____														H H M M			

TIPO DE ACCIDENTE												¿CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?			
☐ (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO												☐ (1) SÍ ☐ (2) NO			

DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE								CÓDIGO		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE								CÓDIGO		ZONA	
																				☐ U ☐ R	

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE ☐ (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA		(20) LUXACIÓN ☐ (25) TORCEDURA, ESQUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN, SIN HERIDA		(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES ☐ (99) OTRO ☐ Especifique: _____		AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)		MECANISMOS O FORMA DEL ACCIDENTE:	
INDIQUE CUAL SITIO: (1) ALMACENES O DEPÓSITOS ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS ☐ (5) ESCALERAS ☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR ☐ (7) OFICINAS ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES ☐ (9) OTRO ☐ (Especifique) _____		(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 O CONTUSIÓN O APLASAMIENTO ☐ (60) QUEBADURA ☐ (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 ☐		PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1) CABEZA ☐ (1.12) OJO ☐ (2) CUELLO ☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) ☐ (3.32) TÓRAX ☐ (3.33) ABDÓMEN ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES ☐ (4.40) MANOS ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (5.50) PIES ☐ (6) UBICACIONES MÚLTIPLES ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS ☐		(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) APARATOS ☐ (3.30) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (44) RADIACIONES ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) ☐ (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (6.60) ANIMALES (filos o productos animales) ☐ (7) AGENTES NO CLASIFICADOS ☐		(1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (3) RISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (4) ATRAMBES ☐ (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA ☐ (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD ☐ (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS ☐ (9) OTRO ☐ Especifique: _____	

No. 99999999

DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE

¿Hubo personas que presenciaron el accidente? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

CARGO QUE DESEMPEÑA

CARGO QUE DESEMPEÑA

CARGO QUE DESEMPEÑA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE:

D | D | M | M | A | A | A | A

REPORTE A MINTRABAJO

Decreto 1072 de 2015, art. 2.2.4.1.7.



MinTrabajo

Los empleadores reportarán los accidentes **graves y mortales**, así como las enfermedades diagnosticadas como laborales, directamente a la Dirección Territorial u Oficinas Especiales correspondientes, dentro de los **dos (2) días hábiles siguientes al evento** o recibo del diagnóstico de la enfermedad . . .

ACCIDENTE GRAVE:

(Resolución 1401 de 2007, art 3º.)

Aquel que trae como consecuencia:

- amputación de cualquier segmento corporal;
- fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito);
- 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
- lesiones que comprometan la capacidad auditiva.

Resolución 1401 de 2007

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Ministerio del Trabajo

Resolución 1401 de Mayo 14 de 2007

Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo .



Artículo 3°. DEFINICIONES:

Accidente grave: Aquel que trae como consecuencia

- amputación de cualquier segmento corporal;
- fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, radio y cúbito);
- 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.

Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

1. Conformar el equipo investigador de los incidentes y accidentes de trabajo
2. Investigar los incidentes y accidentes de trabajo dentro de los 15 días siguientes a su ocurrencia
3. Adoptar una metodología y un formato para investigar los incidentes y los accidentes de trabajo
4. Registrar la información que conduzca a la identificación de las causas del accidente o incidente de trabajo.
5. Implementar medidas y acciones correctivas recomendadas por COPASST, ARL, EST, autoridades etc;
6. Proveer recursos para implementar las medidas correctivas que resulten de la investigación
7. Registrar seguimiento acciones ejecutadas a partir de cada investigación de accidente e incidente
8. Establecer y calcular indicadores de control y seguimiento del impacto de las acciones tomadas.
9. Remitir a la ARL los informes de investigación de los accidentes de trabajo, **firmados por el representante legal del aportante o su delegado.**
10. Llevar los archivos de las investigaciones adelantadas y pruebas de los correctivos implementados

Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

1. Conformar el equipo investigador de los incidentes y accidentes de trabajo, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° de la presente resolución.

Artículo 7°. EQUIPO INVESTIGADOR:

El aportante debe conformar un equipo para la investigación de todos los incidentes y accidentes de trabajo, integrado como mínimo por

- el jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado o del área donde ocurrió el incidente,
- un representante del Comité Paritario de Salud Ocupacional (**hoy COPASST**) o el Vigía Ocupacional y
- el encargado del desarrollo del programa de salud ocupacional (**hoy SG-SST**).

Cuando el aportante no tenga la estructura anterior, deberá conformar un equipo investigador integrado por trabajadores capacitados para tal fin.

Cuando el accidente se considere **grave o produzca la muerte**, en la investigación deberá participar

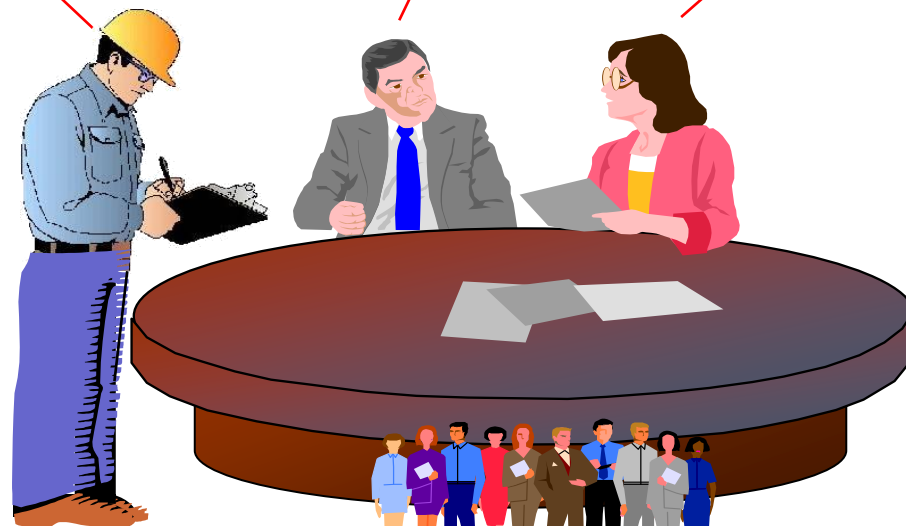
- un profesional con licencia en Salud Ocupacional, propio o contratado,
- así como el personal de la empresa encargado del diseño de normas, procesos y/o mantenimiento.

Equipo Investigador Incidentes, AT leve,
Resolución 1401/2007, art. 7°

Jefe inmediato o Supervisor del trabajador
accidentado o del área donde ocurrió el accidente

Responsable Sistema de Gestión
de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Representante COPASST o
Vigía SST



**LAS DEMAS QUE CONSIDERE EL
EMPLEADOR**

Equipo Investigador AT Grave

Resolución 1401/2007, art. 7°



Equipo Investigador AT Mortal,

Decreto 1072 de 2015, art. 2.2.4.1.6

Cuando un trabajador fallezca como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral, el empleador deberá adelantar, **junto con el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la ocurrencia de la muerte, una investigación encaminada a determinar las causas del evento y remitirla a la ARL

Equipo Investigador AT Mortal,
Resolución 1401/2007, art. 7°
Decreto 1072 de 2015, art. 2.2.4.1.6

Jefe inmediato o Supervisor del trabajador
accidentado o del área donde ocurrió el accidente

Responsable Sistema de Gestión
de la Seguridad y Salud en el Trabajo



COPASST o Vigía SST

Profesional con licencia en SST,
propio o contratado

Responsable diseño normas,
procesos y/o mantenimiento



**LAS DEMAS QUE CONSIDERE EL
EMPLEADOR**

Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

2. Investigar **todos** los incidentes y accidentes de trabajo dentro de los quince (15) días siguientes a su ocurrencia, a través del equipo investigador, conforme lo determina la presente resolución.

(. . .)

Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

3. Adoptar una metodología y un formato para investigar los incidentes y los accidentes de trabajo, que contenga como mínimo, los lineamientos establecidos en la presente resolución, siendo procedente adoptar los diseñados por la administradora de riesgos profesionales.
Cuando como consecuencia del accidente de trabajo se produzca el fallecimiento del trabajador, se debe utilizar **obligatoriamente** el formato suministrado por la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentre afiliado, conforme lo establece el artículo 4 del Decreto 1530 de 1996, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

(. . .)

INSTRUCTIVO PARA EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO
Según Resolución 1401 de 2007 del Ministerio de Trabajo

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN:

Marque con una (X) si la investigación corresponde a un Incidente o Accidente de Trabajo Leve, Grave o Mortal.

Fecha de investigación: Especificar la fecha de realización de la investigación. Recuerde que la investigación de todo accidente de trabajo o incidente debe hacerse entre los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento. Entre más pronto se realice la investigación se garantiza mayor precisión en la información.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se realiza la investigación.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se realiza la investigación.

Dirección: Escriba la dirección donde se realiza la investigación. (Se recomienda realizar la investigación en el mismo sitio donde ocurrió el evento).

Hora en que se realizó la investigación: Especificar de qué hora a qué hora se realizó la investigación.

Responsable de la investigación: Escriba el nombre de la persona responsable de realizar la investigación y diligenciar el formato de la investigación.

Materiales Audiovisuales Anexos: Indique cuántas fotografías, videos, cintas de audio, ilustraciones, u otros materiales audiovisuales se utilizaron como soporte y apoyo a la investigación. Se recomienda tomar todo el material audiovisual posible en un momento oportuno posterior al accidente o incidente, para contar con información más precisa y detallada. Si se cuenta con cintas de seguridad que hayan tomado en el momento exacto de la ocurrencia del evento, se idealmente se reportar la investigación con este material.

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculación laboral: Especificar qué tipo de vinculación existe, si es (1) empleado, (2) contratante o (3) cooperativa.

Existencia por Empleador: Es una persona natural o jurídica que a través de un contrato laboral, provee un puesto de trabajo a otra persona por la prestación de un servicio, bajo su dependencia, a cambio de un pago o remuneración llamada salario. **Contratante:** La persona natural o jurídica que contrata un servicio de otra persona y le retribuye a través de una remuneración. **Cooperativa:** es una asociación de personas unánime de lucro, que se unen de forma voluntaria para atender y satisfacer en común sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales, de salud, educación y culturales mediante una empresa que es de propiedad colectiva y de gestión democrática.

Nombre de la actividad económica principal: Mencione la actividad económica a la que pertenece el empleador o contratante, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos Laborales. **Código:** Espacio que debe ser diligenciado, anotando 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: Mencione el nombre completo de la empresa.

Tipo de identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del empleador o contratante y registre 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, NI = cédula de extranjería, NI = Nup o número único de identificación personal, PA = pasaporte.

Dirección principal: 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.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado se debe registrar el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado se debe registrar el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE.

Correo electrónico (e-mail): Correo electrónico de contacto de la empresa. Preferiblemente el correspondiente al área de Recursos Humanos, Gestión Humana, Salud Ocupacional o quien haga sus veces.

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 y Rural - Rural.

Centro de trabajo donde labora el trabajador: Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador, marque con una (X) si los datos del centro de trabajo es el mismo de la sede principal de la empresa, en caso negativo se deberán diligenciar los casillas correspondientes a la información sobre el centro de trabajo que corresponda.

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

Código de la actividad económica del centro de trabajo: Espacio que debe ser diligenciado, anotando el código de la actividad económica del empleador o contratante, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigente.

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

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

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

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede donde labora el trabajador, ya sea cabecera municipal - Urbana y Rural - Rural.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede del centro de trabajo donde labora el trabajador.

Anexo al código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede del centro de trabajo donde labora el trabajador. En el espacio sombreado la Administración de Riesgos Laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE.

Página 9

Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

4. Registrar en el formato de investigación, en forma veraz y objetiva, toda la información que conduzca a la identificación de las causas reales del accidente o incidente de trabajo.

(. . .)

Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

5. Implementar las medidas y acciones correctivas que como producto de la investigación recomienden, el Comité Paritario de Salud Ocupacional o Vigía Ocupacional; las autoridades administrativas laborales y ambientales; así como la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentre afiliado el empleador, la empresa de servicios temporales, los trabajadores independientes o los organismos de trabajo asociado y cooperativo, según sea el caso.

(. . .)

Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

6. Proveer los recursos, elementos, bienes y servicios necesarios para implementar las medidas correctivas que resulten de la investigación, a fin de evitar la ocurrencia de eventos similares, las cuales deberán ser parte del cronograma de actividades del Programa de Salud Ocupacional de la empresa, incluyendo responsables y tiempo de ejecución

(. . .)



Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

7. Implementar el registro del seguimiento realizado a las acciones ejecutadas a partir de cada investigación de accidente e incidente de trabajo ocurrido en la empresa o fuera de ella,
al personal vinculado directa o indirectamente.

(. . .)



Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

8. Establecer y calcular indicadores de control y seguimiento del impacto de las acciones tomadas.

(. . .)

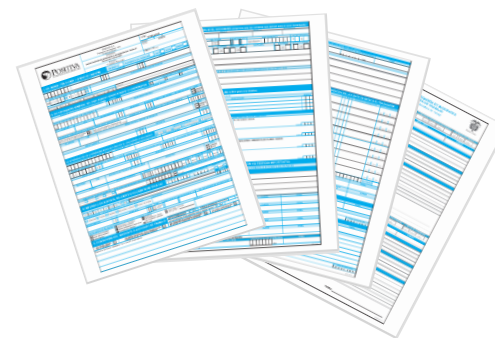


Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

9. Remitir a la respectiva administradora de riesgos profesionales, los informes de investigación de los accidentes de trabajo a que se refiere el inciso primero del artículo 14 de la presente resolución, **los cuales deberán ser firmados por el representante legal del aportante o su delegado.**

(. . .)



Artículo 4°. OBLIGACIONES DE LOS APORTANTES:

(. . .)

10. Llevar los archivos de las investigaciones adelantadas y pruebas de los correctivos implementados, los cuales deberán estar a disposición del Ministerio de la Protección Social cuando éste los requiera.

Artículo 8. Investigación de accidentes e incidentes ocurridos a trabajadores no vinculados mediante contrato de trabajo :

Cuando el accidentado sea un trabajador en misión, un trabajador asociado a un organismo de trabajo asociado o cooperativo o un trabajador independiente,

la responsabilidad de la investigación será tanto de

- la empresa de servicios temporales como de la empresa usuaria;
- de la empresa beneficiaria del servicio del trabajador asociado y del contratante,

según sea el caso.

En el concepto técnico se deberá indicar el correctivo que le corresponde implementar a cada una.

ARTÍCULO 9. - Contenido del informe de investigación.

El documento que contenga el resultado de la investigación de un incidente o accidente, deberá contener todas las variables y códigos del informe de accidente de trabajo, en cuanto a

- información del aportante, del trabajador accidentado y datos sobre el accidente.

Para determinar las causas, hechos y situaciones es necesario además, que en el informe de investigación se detallen características específicas sobre

- tipo de lesión, parte detallada del cuerpo que fue lesionada, lesión precisa que sufrió el trabajador; agente y mecanismo del accidente, sitio exacto donde ocurrió el evento.

Respecto del agente de la lesión, se debe incluir información como:

- tipo, marca, modelo, velocidades, tamaños, formas, dimensiones y las demás que se consideren necesarias.

El informe debe contener una descripción clara y completa del accidente, el análisis causal detallado, las conclusiones, las medidas de control y demás datos propios de la investigación.

ARTÍCULO 12. - Compromiso de adopción de medidas de intervención.

Enumerar y describir las medidas de intervención que la empresa se compromete a adoptar, para prevenir o evitar la ocurrencia de eventos similares, indicando en cada caso, quién (es) es (son) el (los) responsable (s) y cuándo se realizará la intervención.

Además, se debe especificar las medidas que se realizarán en la fuente del riesgo, en el medio ambiente de trabajo y en los trabajadores.

Las recomendaciones deben ser prácticas y tener una relación lógica con la causa básica identificada.

La empresa implementará las acciones recomendadas, llevará los registros de cumplimiento, verificará la efectividad de las acciones adelantadas y realizará los ajustes que considere necesarios.

ARTÍCULO 13. Datos relativos a la investigación.

En el informe se debe relacionar

- lugar, dirección, fecha(s) y hora(s) en que se realiza la investigación;
- nombres, cargos, identificación y **firmas de los investigadores y del representante legal.**

Formato Investigación de Incidente y Accidente de Trabajo

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



INSTRUCTIVO PARA EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO
Según Resolución 1401 de 2007 del Ministerio de Trabajo

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN:

Marque con una (X) si la investigación corresponde a un Incidente o Accidente de Trabajo Leve, Grave o Mortal.

Fecha de investigación: Especificar la fecha de realización de la investigación. Recuerde que la investigación de todo accidente de trabajo o incidente debe hacerse entre los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento. Entre más pronto se realice la investigación se garantiza mayor precisión en la información.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se realiza la investigación.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se realiza la investigación.

Dirección: Escriba la dirección donde se realiza la investigación. (Se recomienda realizar la investigación en el mismo sitio donde ocurrió el evento).

Hora en que se realizó la investigación: Especificar de qué hora a qué hora se realizó la investigación.

Responsable de la investigación: Escriba el nombre de la persona responsable de realizar la investigación y diligenciar el formato de la investigación.

Materiales Audiovisuales Anexos: Indique cuántas fotografías, videos, cintas de audio, ilustraciones, u otros materiales audiovisuales se utilizaron como soporte y apoyo a la investigación. Se recomienda tomar todo el material audiovisual posible en un momento oportuno posterior al accidente o incidente, para contar con información más precisa y detallada. Si se cuenta con cintas de seguridad que hayan tomado en el momento exacto de la ocurrencia del evento, se idealmente se reportar la investigación con este material.

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculación laboral: Especificar qué tipo de vinculación existe, si es (1) empleado, (2) contratante o (3) cooperativa.

Existencia por Empleador: Es una persona natural o jurídica que a través de un contrato laboral, provee un puesto de trabajo a otra persona por la prestación de un servicio, bajo su dependencia, a cambio de un pago o remuneración llamada salario. **Contratante:** La persona natural o jurídica que contrata un servicio de otra persona y le retribuye a través de una remuneración. **Cooperativa:** es una asociación de personas unánime de lucro, que se unen de forma voluntaria para atender y satisfacer en común sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales, de salud, educación y culturales mediante una empresa que es de propiedad colectiva y de gestión democrática.

Nombre de la actividad económica principal: Mencione la actividad económica a la que pertenece el empleador o contratante, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos Laborales. **Código:** Espacio que debe ser diligenciado, anotando 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: Mencione el nombre completo de la empresa.

Tipo de identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del empleador o contratante y registre 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, NI = cédula de extranjería, NI = Nup o número único de identificación personal, PA = pasaporte.

Dirección principal: 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.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado se debe registrar el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado se debe registrar el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE.

Correo electrónico (e-mail): Correo electrónico de contacto de la empresa. Preferiblemente el correspondiente al área de Recursos Humanos, Gestión Humana, Salud Ocupacional o quien haga sus veces.

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 y Rural - Rural.

Centro de trabajo donde labora el trabajador: Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador, marque con una (X) si los datos del centro de trabajo es el mismo de la sede principal de la empresa, en caso negativo se deberán diligenciar los casillas correspondientes a la información sobre el centro de trabajo que corresponda.

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

Código de la actividad económica del centro de trabajo: Espacio que debe ser diligenciado, anotando el código de la actividad económica del empleador o contratante, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigente.

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

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

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

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede donde labora el trabajador, ya sea cabecera municipal - Urbana y Rural - Rural.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede del centro de trabajo donde labora el trabajador.

Anote el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede del centro de trabajo donde labora el trabajador. En el espacio sombreado la Administración de Riesgos Laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE.



POSITIVA S.A.
 Compañía de Seguros / ARL
 -Gestión Documental-

FORMATO
INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO
 Resolución 1401 de 2007

Proceso
 Promoción y Prevención

Código: **VP-RE-IIAT-02**
 Versión: **2**
 Fecha: **2009/09**

Página 1 de ____

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

INCIDENTE ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ Leve ☐ Grave ☐ Mortal ☐

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN								DEPARTAMENTO	CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO	DIRECCIÓN
D	D	M	M	A	A	A	A					

HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN										RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN											
DE	H	H	M	M	A.M.	A	H	H	M	M	A.M.										
					P.M.						P.M.										

MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)										¿Cuáles?		
Fotografías	☐	Videos	☐	Cintas de Audio	☐	Ilustraciones	☐	Diagramas	☐	Otros	☐	

TIPO DE VINCULADOR LABORAL

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL

☐ (1) Empleador ☐ (2) Contratante ☐ (3) Cooperativa

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL										CÓDIGO					NOMBRE O RAZÓN SOCIAL									
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐										DIRECCIÓN PRINCIPAL														
No.																								
TELÉFONO			FAX			DEPARTAMENTO			CODIGO		MUNICIPIO			CODIGO		CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR			ZONA					
																			☐ Urbana ☐ Rural					
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO										NOMBRE DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO										CÓDIGO				
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? ☐ Si ☐ No Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo																								
TELÉFONO			FAX			DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO										ZONA								
																☐ Urbana ☐ Rural								
DEPARTAMENTO										CODIGO		MUNICIPIO										CODIGO		

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE O ACCIDENTE

TIPO DE VINCULACIÓN																																							
☐ (1) Planta ☐ (2) Misión ☐ (3) Cooperado ☐ (4) Estudiante o Aprendiz ☐ (5) Independiente																																							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ TI										PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE														
No.																																							
FECHA DE NACIMIENTO								GENERO		EPS A LA QUE ESTA AFILIADO					CÓDIGO EPS					AFP A LA QUE ESTA AFILIADO					CÓDIGO AFP					ARL A LA QUE ESTA AFILIADO					CÓDIGO ARL				
D	D	M	M	A	A	A	A	M	F																														
DEPARTAMENTO										CODIGO					MUNICIPIO										CODIGO														
TELÉFONO					FAX					CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR										DIRECCIÓN										ZONA									
																														☐ Urbana ☐ Rural									
CARGO										OCUPACIÓN HABITUAL										CÓDIGO					FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA					TIEMPO EN LA OCUPACIÓN					ANTIGÜEDAD EN EL CARGO				
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL										SALARIO U HONORARIOS (Mensual)										FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR					EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS														
(1) Diurno ☐ (2) Nocturno ☐ (3) Mixto ☐ (4) Turnos ☐																																							

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DE OCURRENCIA										HORA DE OCURRENCIA				JORNADA	
D	D	M	M	A	A	A	A	0-23HRS	H	H	M	M	(1) Normal	(2) Extra	
DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO										ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)				CÓDIGO	
LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	Si ☐ No ☐				Especifique				
TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)										Especifique:					
☐ 1 Violencia ☐ 2 Tránsito ☐ 3 Deportivo ☐ 4 Recreativo o cultural ☐ 5 Propios del trabajo															
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		COD.		ZONA		TIEMPO LABORADO PREVIO INCIDENTE O AT		IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO					
						☐ Urbana ☐ Rural		Horas Minutos							
LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE		SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE								Especifique					
☐ Dentro de la empresa ☐ Fuera de la empresa ☐ Otra empresa		☐ Almacenes o depósitos ☐ Áreas de producción ☐ Áreas recreativas o deportivas ☐ Corredores o pasillos ☐ Escaleras ☐ Parqueaderos o áreas de circulación vehicular ☐ Oficinas ☐ Otras áreas comunes ☐ Otro (¿Cuál?) _____													

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

 ¿HABÍAN OCURRIDO EVENTOS
SIMILARES ANTERIORMENTE?

 Si ☐

 No ☐

 NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENCIARON
EL INCIDENTE O ACCIDENTE

¿SE HAN PRESENTADO OTROS INCIDENTES O AT EN EL ÁREA DE TRABAJO?

 Si ☐

 No ☐

 ¿EL EVENTO SIMILAR
FUE INVESTIGADO?

 Si ☐

 No ☐

 ¿SE HABÍA CONSIDERADO ESTA CONDICIÓN COMO
PRIORITARIA EN EL PANORAMA DE RIESGOS?

 Si ☐

 No ☐

 ¿EL TRABAJADOR HA ESTADO INVOLUCRADO
EN OTROS AT O INCIDENTES ANTERIORES?

 Si ☐

 No ☐

 ¿SE CUENTA CON PANORAMA
DE RIESGOS ACTUALIZADO?

 Si ☐

 No ☐

Describe en forma detallada cómo ocurrió el accidente

VI. DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE (Diligencie solo las variables que aplican para el caso investigado)

AGENTE		MATERIAL		MARCA		MODELO		REFERENCIA											
PESO		TAMAÑO Especificar unidad de medida				VELOCIDAD		TIEMPO DE USO		MANTENIMIENTO				HA SIDO REPARADO					
UNIDAD DE MEDIDA		ALTURA	ANCHO	VOLUMEN	PROFUNDIDAD	Unidad de medida	Años	Meses	FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO	D	D	M	M	A	A	A	A	Si	No
EXPLOSIVOS		NOMBRE		CANTIDAD		GASES		CANTIDAD		TEMPERATURA		SUSTANCIA		CANTIDAD		VOLTAJE ELECTRICO			
		UNIDAD DE MEDIDA						UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA				UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA			

DETALLES ADICIONALES:

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP? ☐ Si ☐ No ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP? ☐ Si ☐ No

OBSERVACIONES:

VII. CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (No aplica para incidentes)

VER REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO O.I.T. (Páginas 4,5 y 6)

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

ANÁLISIS DE CAUSALIDAD (Ver tabla de codificación NTC 3701 páginas 7 y 8)

DESCRIPCIÓN CAUSAS BÁSICAS	DESCRIPCIÓN CAUSAS INMEDIATAS
FACTORES PERSONALES código	ACTOS SUBESTANDAR código
FACTORES DEL TRABAJO código	CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR código
código	código

POR FAVOR UTILIZAR FORMATO ANEXO NO. 1 PARA TESTIMONIOS SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**

IX. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DEL GRUPO INVESTIGADOR

JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐			
No.			
ENCARGADO DEL P.S.O.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐			
No.			
INTEGRANTE DE COPASO O VIGIA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐			
No.			
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐			
No.			
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐			
No.			

X. EL EMPLEADOR SE COMPROMETE A ADOPTAR ESTAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA FUENTE, EL MEDIO O EL TRABAJADOR

TIPO	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	F	M	T	RESPONSABLE IMPLEMENTACIÓN	FECHA IMPLEMENTACIÓN		
						DIA	MES	AÑO
SOBRE CAUSAS INMEDIATAS	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
SOBRE CAUSAS BÁSICAS	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							
	☐ Correctiva ☐ Preventiva							

XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL

FECHA DE REMISIÓN

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

No. FOLIOS

REPRESENTANTE LEGAL		NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA																		
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐																						
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
FECHA DE REMISIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA ARL AL EMPLEADOR		FECHA DE REMISIÓN DE INFORME DE LA ARL A DIR. TERRITORIAL MIN. TRABAJO	RESPONSABLE DE REMISIÓN POR PARTE DE LA ARL A DIRECCIÓN TERRITORIAL DE MIN. TRABAJO	CARGO																		
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>		D	D	M	M	A	A	A	A	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A				
D	D	M	M	A	A	A	A															
D	D	M	M	A	A	A	A															

XII. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA																				
TIPO DE DOCUMENTO: CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No. <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								
¿Fueron efectivas las medidas de intervención? SI ☐ NO ☐																								
Observaciones:																								
				FECHA DE VERIFICACIÓN <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A												
D	D	M	M	A	A	A	A																	

XIII. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARL

[illegible]



			3.1.1 Descripción Sociodemográfica- Diagnóstico de Condiciones de Salud	1	9					
			3.1.2 Actividades de Promoción y Prevención en Salud.	1						
			3.1.3 Información al médico de los perfiles de cargo.	1						
			3.1.4 Realización de Evaluaciones Médicas Ocupacionales -Peligros- Periodicidad- Comunicación al Trabajador	1						
			3.1.5 Custodia de Historias Clínicas.	1						
			3.1.6 Restricciones y recomendaciones medico/laborales.	1						
			3.1.7 Estilo de vida y entornos saludables (controles tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, etc.)	1						
3.2.1 Reporte de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo.						2	5			
3.2.2 Investigación de Incidentes, accidentes y enfermedades laborales						2				
3.2.3 Registro y análisis estadístico de accidentes y enfermedades laborales						1				
II. HACER										
			Mecanismos de Vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores (6%)	3.3.3 Medición de la mortalidad por Accidentes de Trabajo	1	6				
				3.3.4 Medición de la prevalencia de Enfermedad Laboral	1					
				3.3.5 Medición de la incidencia de Enfermedad Laboral	1					
				3.3.6 Medición del ausentismo por causa médica	1					
						</				

REPORTE, INVESTIGACION E INFORME

	SE REPORTA A LA EPS-ARL	SE NOTIFICA A MINTRABAJO	SE INVESTIGA	ENVIA INVESTIGACION A LA ARL
• INCIDENTE	NO	NO	SI	NO
• ACCIDENTE LEVE	SI	NO	SI	NO
• ACCIDENTE GRAVE	SI	SI	SI	SI
• ACCIDENTE MORTAL	SI	SI	SI	SI

SANCIONES PARA EL EMPLEADOR (*):

CONDUCTA	SANCIONES
No afiliación al Sistema General de RR PP y no pago de dos o más períodos mensuales de cotizaciones	Multas sucesivas mensuales hasta 500 smlmv. <i>(Además sanciones CST, Ley 100/93, pago prestaciones, etc)</i>
Incumplimiento Programa Salud Ocupacional (hoy SG-SST), Normas y Obligaciones empleador en Riesgos Laborales Reincidencia, no corrección riesgo Incumplimiento correctivos formulados ARL o MinTrabajo	Multas sucesivas mensuales hasta 500 smlmv. Suspensión actividades hasta por 6 meses Cierre definitivo empresa.
Inscripción trabajador no corresponda base cotización real o empleador no informe cambios posteriores (disminución prestaciones al trabajador)	Pago diferencia prestaciones al trabajador. Sanciones correspondientes.
No informar traslado trabajador a lugar diferente de trabajo (omisión	Multa de hasta 500 smlmv
No presentación/extemporaneidad Informe ATEP	Multa de hasta 200 smlmv
Accidente mortal de trabajo causado por incumplimiento normas de Seguridad y Salud en el Trabajo	Multa de 20 hasta 1000 smlmv
Reincidencia por incumplimiento correctivos formulados ARL o MinTrabajo	Suspensión actividades/cierre definitivo empresa

(*) Decreto 1295 de 1994, art. 91. Modificado por el Decreto 2150 de 1995, art. 115 y Ley 1562 de 2012, art. 13

BIBLIOGRAFIA

- 1 <https://www.presidencia.gov.co>
- 2 <https://www.mintrabajo.gov.co>
- 3 <https://www.minsalud.gov.co>
- 4 <https://www.imprenta.gov.co>
- 5 <https://www.funcionpublica.gov.co>

PREGUNTAS

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Disponemos para ti los
canales de atención del:

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Educación virtual
+1.000 cursos virtuales y
Curso obligatorio cumplimiento

educavirtual@positiva.gov.co



**Educación presencial y
talleres web**
Congresos Nacionales

Positiva.educa@positiva.gov.co

Todo lo tienes con Positiva

Entra aquí, y descubrelo

<https://posipedia.com.co/>



Presentaciones
Técnicas



Juegos
Digitales



Ludo
Prevención

Positiva siempre contigo

La magia comienza aquí

<https://posipedia.com.co/>



Audios



Videos



Mailings

