

# PLAN NACIONAL MULTIMODAL 2024

Comunidad Nacional de  
Conocimiento para la:

**PREVENCIÓN DE  
PELIGROS EN EL  
SECTOR COMERCIO**

El cuidado de sí  
suma a tu vida



# SESIÓN 3: REPORTE E INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO - SECTOR COMERCIO

## Experto Líder:

- JESUS PALOMINO CERVANTES

## Perfil Profesional:

- Abogado.
- Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social.
- Asesor Empresarial Legislación en Riesgos Laborales.
- Catedrático Especializaciones SST.
- YouTuber Legislación SST.
- Director “Academia Virtual JP”



jesus.palomino@hotmail.com



3106403928



# Ruta del conocimiento



# Evaluémonos

---



*“Cada lugar donde nos sentimos seguros es un tesoro”.*

Jan Jansen



# Objetivo general

Facilitar a los empleadores el reporte oportuno del accidente de trabajo



## Objetivos específicos



Conocer los formatos de  
reporte e investigación  
del accidente de trabajo



Facilitar el  
diligenciamiento de  
los formatos



Definir el equipo  
investigador del  
accidente

# TABLA DE CONTENIDO

01

Términos para reportar el accidente

02

Estudio del formato de reporte del accidente de trabajo

03

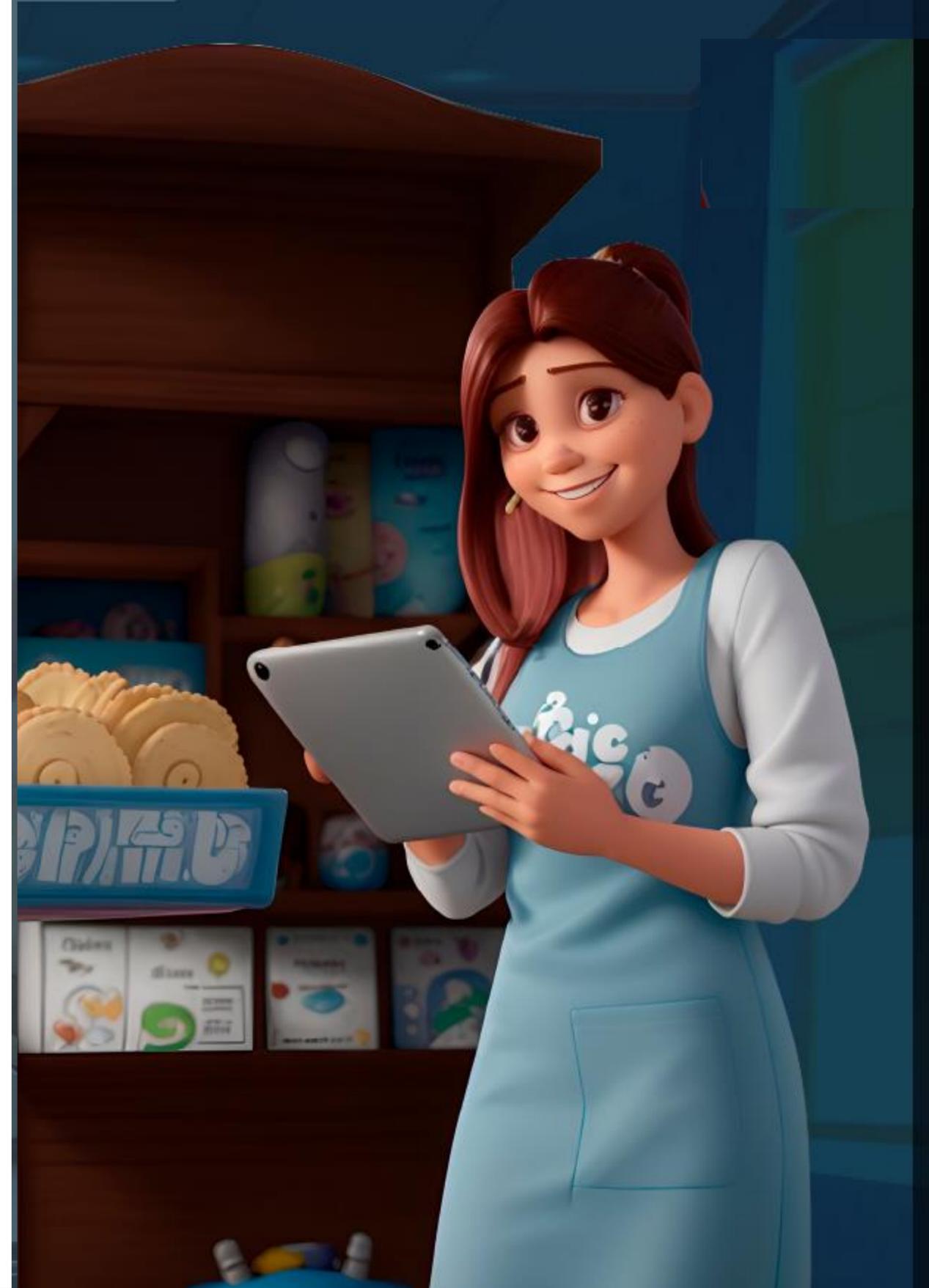
Equipo investigador del accidente de trabajo

04

Sanciones



# Aviso y reporte del accidente de trabajo



## CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO

### ARTICULO 221. AVISO QUE DEBE DAR EL ACCIDENTADO

Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo esta en la obligación de dar **inmediatamente** aviso al empleador o a su representante. El empleador no es responsable de la agravación de que se presente en las lesiones o perturbaciones, por razón de no haber dado el trabajador este aviso o haberlo demorado sin justa causa.

---

#### Concordancia:

#### Decreto 019 de 2012, artículo 121:

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.



**Ley 9ª de 1979**

**Artículo 84.** Todos los empleadores están obligados a:

( . . . )

- e. Registrar y notificar los accidentes y enfermedades ocurridos en los sitios de trabajo . . .

## ¿Quién tiene la razón?:

**Tengo 48 horas  
para reportar el  
accidente de trabajo**

**Son dos días hábiles  
contados a partir de la  
ocurrencia del evento.**





## REPORTE AL MINISTERIO DEL TRABAJO

Decreto 1072 de 2015, art. 2.2.4.1.7.



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 . . .

## 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.



## REPORTE A MINTRABAJO

Decreto 1072 de 2015, art. 2.2.4.1.7.



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 . . .**

# Formato reporte del accidente de trabajo



NOTA: FAVOR NO DESPRECIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

FORMULARIO DE DISTRIBUCION GRATUITA

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE			
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	AFILIADO A LA QUE ESTÁ AFILIANDO	CÓDIGO AFE
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIANDO	CÓDIGO AFP	SEGURO SOCIAL	CERTEFICACIÓN DEL NOMBRE DEL TRABAJADOR (SI/NO)
<b>I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA</b>			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (SÍMBOLO PRINCIPAL)		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN	
TELEFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		CÓDIGO ZONA	
<b>II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ</b>			
PRIMER APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO APELLIDO		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO MUNICIPIO	
OCUPACIÓN HABITUAL		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	
ANUARIO Y HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
<b>III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE</b>			
FECHA DEL ACCIDENTE		JORNADA EN QUE OCURRIÓ	
DIRECCIÓN DEL ACCIDENTE		CÓDIGO MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
TIPO DE ACCIDENTE		CÓDIGO ZONA	
<b>IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE</b>			
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD CÓDIGO DE MUNICIPIO			

<b>INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE</b>			
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO APP	SEGURO SOCIAL	CUÁL (INDICAR NOMBRE APP SI NO ES EL SEGURO SOCIAL)
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

**FORMULARIO DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA**

¿Donde se da origen del accidente de trabajo se maneja de la misma manera?  SI  NO. En caso negativo diligenciar en la siguiente casilla sobre el código de trabajo.

**I. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: [CÓDIGO] [DIRECCIÓN]

TELÉFONO: FAX: DEPARTAMENTO: CÓDIGO MUNICIPIO: CÓDIGO ZONA:  U  R

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ**

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:  Fijo  Interino  Estacional  Temporario  Voluntario

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMERA NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI  CC  CE  N  PA  No: FECHA DE NACIMIENTO: D D M M A A A A A A  N  F SEXO:  M  F

DIRECCIÓN: TELÉFONO: FAX:

DEPARTAMENTO: CÓDIGO MUNICIPIO: CÓDIGO ZONA:  U  R

OCCUPACIÓN HABITUAL: CÓDIGO: FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: D D M M A A A A A A

SALARIO Y HONORARIOS (MENSUALES): JORNADA DE TRABAJO HABITUAL:  (1) DE DÍA  (2) NOCTURNA  (3) MIXTA  (4) POR TURNOS

**III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE**

FECHA DEL ACCIDENTE: D D M M A A A A A A H H M M A A A A A A  (1) NORMAL  (2) EXTRA

¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?  SI  NO (¿CUÁL? diligenciar sólo en caso negativo) CÓDIGO: H H M M A A A A

TIPO DE ACCIDENTE:  (1) VIOLENCIA  (2) TRÁNSITO  (3) DEPOSITO  (4) RECREATIVO O CULTURAL  (5) PROPOS DEL TRABAJO  (6) SI  (7) NO

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

**¿DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE?**

<input type="checkbox"/> (1) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (11) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (21) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (31) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (2) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (12) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (22) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (32) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (3) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (13) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (23) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (33) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (4) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (14) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (24) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (34) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (5) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (15) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (25) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (35) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (6) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (16) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (26) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (36) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (7) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (17) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (27) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (37) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (8) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (18) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (28) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (38) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (9) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (19) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (29) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (39) EN LA VÍA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> (10) BOVEDAS DE FORTA DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> (20) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (30) EN EL TERMINO DE LA JORNADA	<input type="checkbox"/> (40) EN LA VÍA PÚBLICA

**IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

EN ESTA DESCRIPCIÓN DEBESE DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUE SE OMBRE O CAUSO Y LOS DEMAS AFECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE:  SI  NO. En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CÓDIGO DE MUNICIPIO
	TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No:	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CÓDIGO DE MUNICIPIO
	TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No:	
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CÓDIGO DE MUNICIPIO
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No:	



**POSITIVA** COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.  
ADMINISTRACION DE PROCESOS LABORALES  
www.positiva.gov.co

**FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE**

No. 99999999

No. informe de accidente de trabajo: Informe de accidente de trabajo, por parte del empleador, contratante o de un tercero responsable. Debe ser diligenciado por el empleador antes o al momento de la denuncia.

**NOTA: FAVOR NO DEJEN EN BLANCO LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

**INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE**

EMP A LA QUE ESTABA TRABAJANDO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO EPS: \_\_\_\_\_ EMP A LA QUE ESTABA TRABAJANDO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO ARL: \_\_\_\_\_

EMP A LA QUE ESTABA TRABAJANDO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO EPS: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ CUALIFICACION DEL TRABAJADOR (SEGUN SU APTITUD): \_\_\_\_\_

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 SUCEDIÓ:										
D	D	M	M	A	A	A	A	H	H	M	M	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	<input type="checkbox"/> (1) NORMAL	<input type="checkbox"/> (2) EXTRA
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?												CÓDIGO	TOTAL TIEMPO LABORADO ANTES DEL ACCIDENTE							
<input type="checkbox"/> (1) SÍ <input type="checkbox"/> (2) NO ¿CUÁL? (Diligenciar solo en caso negativo): _____													H	H	M	M				
TIPO DE ACCIDENTE												¿CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?								
<input type="checkbox"/> (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"/> (1) SÍ <input type="checkbox"/> (2) NO								
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE				CÓDIGO	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE				CÓDIGO	ZONA										
										<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R										
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>		(24) LUXACIÓN <input type="checkbox"/>	(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIAÇÃO <input type="checkbox"/>	AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)			MECANISMOS O FORMA DEL ACCIDENTE:											
(1) ALMACENES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> (9) OTRO <input type="checkbox"/> (Especifique) _____		(25) TORCEDURA, ESQUELME, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN, SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión: o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (41) HERIDA <input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASAMIENTO <input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/> (81) ASPIRA <input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/>		(90) LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (99) OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____		PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TÓRAX <input type="checkbox"/> (3.33) ABDÓMEN <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (4.40) MANOS <input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (5.50) PIES <input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/>			(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (3) ATRAPADOS (3.30) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (40) RADIACIONES <input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y trabajo, medidas, tejados, en el exterior, interior o subterráneo) <input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS (6.61) ANIMALES (fijos o productos animales) <input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/>			(1) CAIDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (2) CAIDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (3) PESADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O PULSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCTAS O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____								
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES) (10) FRACTURA <input type="checkbox"/>																				

**No. 99999999**

**PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE**

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

APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO DE EMPRESA
_____	T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
_____	T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____

**PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME**

APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO DE EMPRESA
_____	T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____



# Equipo investigador del incidente y accidente de trabajo



## RESOLUCION 1401 DE 2007

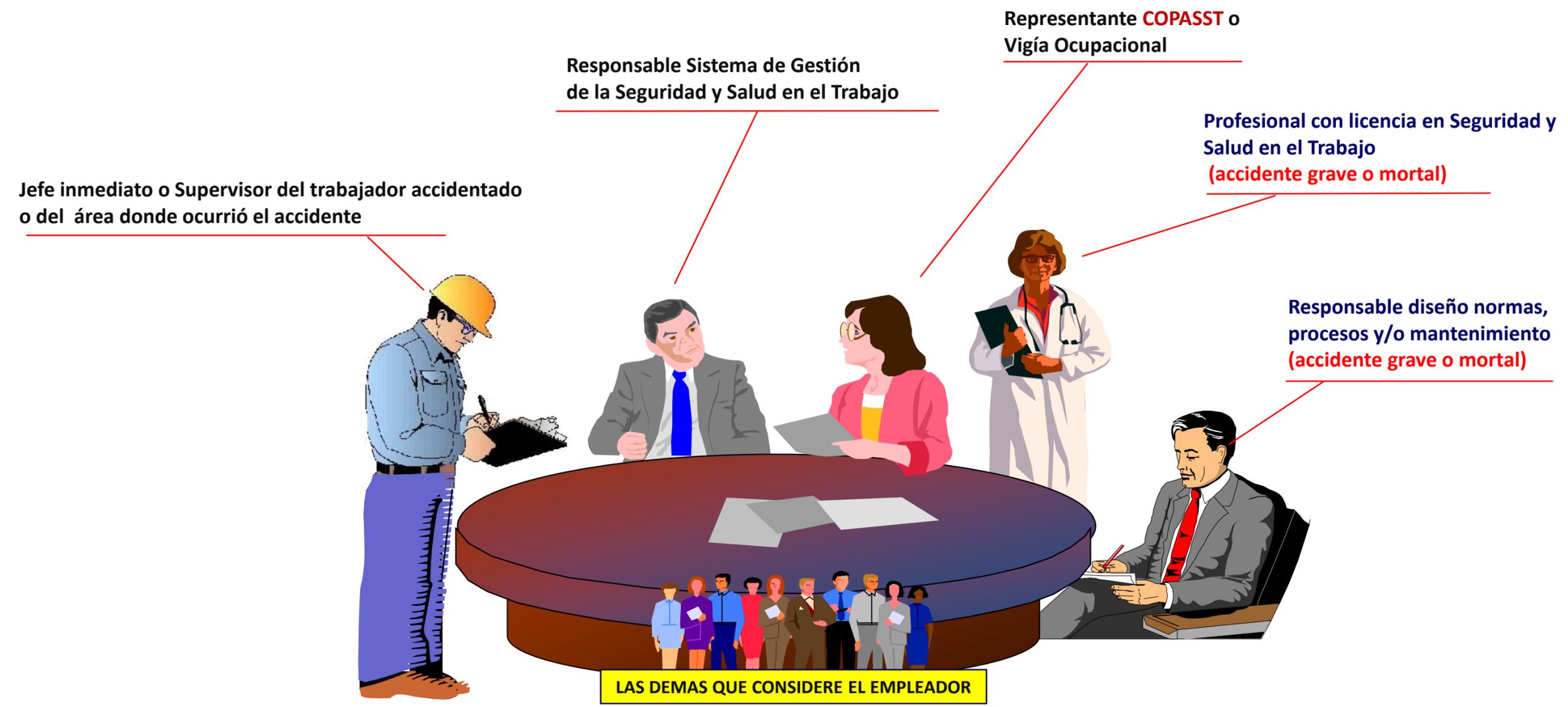
Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo



## RESOLUCION 1401 DE 2007

### Investigación Incidentes y Accidentes de Trabajo

**Artículo 7º.** El aportante debe conformar un equipo para la investigación de todos los incidentes y accidentes de trabajo.



## **EQUIPO INVESTIGADOR** **Incidente y accidente trabajo leve**

Representante **COPASST** o  
Vigía Ocupacional

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

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



**Equipo Investigador Incidentes,  
AT leve**  
Decreto 1072/2015  
Resolución 1401/2007, art. 7°

**LAS DEMAS QUE CONSIDERE EL EMPLEADOR**

## ACCIDENTE GRAVE:

Aquel que trae como consecuencia:

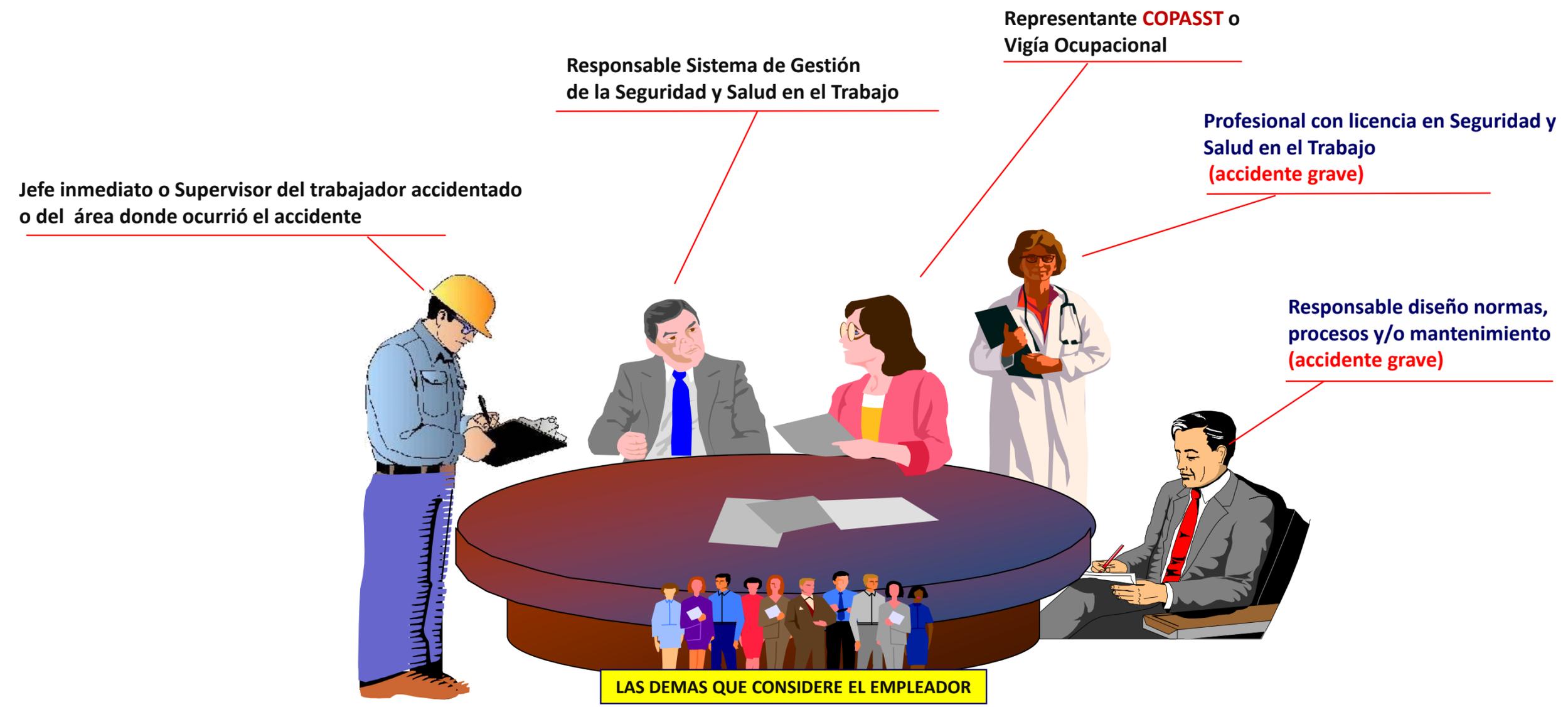
- amputación de cualquier segmento corporal;
- fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito);
- trauma craneoencefálico;
- quemaduras de segundo y tercer grado;
- lesiones severas de mano, tales como aplastamiento o quemaduras;
- lesiones severas de columna vertebral con compromiso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

**(Resolución 1401 de 2007, art 3º.)**

# EQUIPO INVESTIGADOR

## Accidente trabajo grave

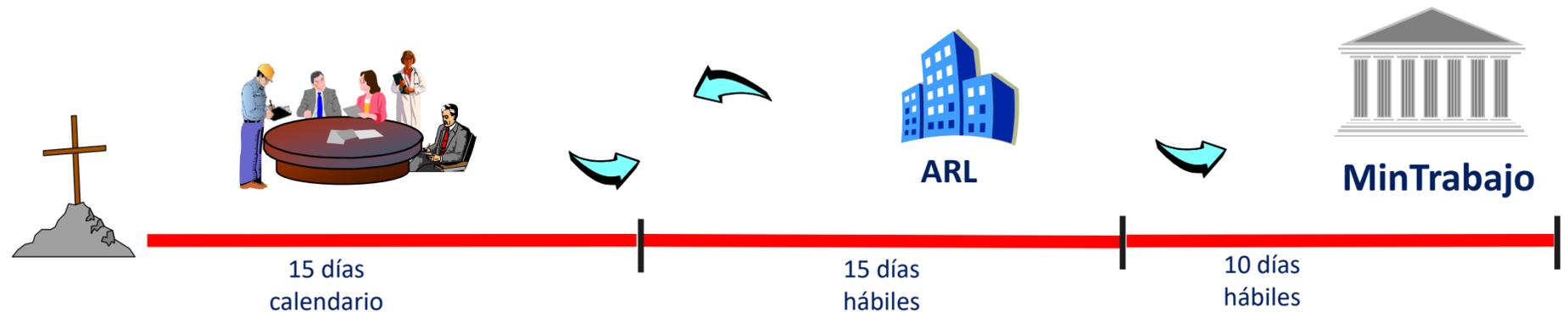
(Resolución 1401 de 2007, art. 7º)



## INVESTIGACION MUERTE DEL TRABAJADOR POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL

(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**

### **Muerte por accidente trabajo o enfermedad laboral**

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



**Resolución 1401 de 2007, art. 7° y Decreto 1072 de 2015**

**LAS DEMAS QUE CONSIDERE EL EMPLEADOR**

## **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.

**Resolución 1401 de 2007, Artículo 8**



# Reporte del accidente por omision del empleador

## REPORTE DEL ACCIDENTE DE TRABAJO POR OMISION DEL EMPLEADOR

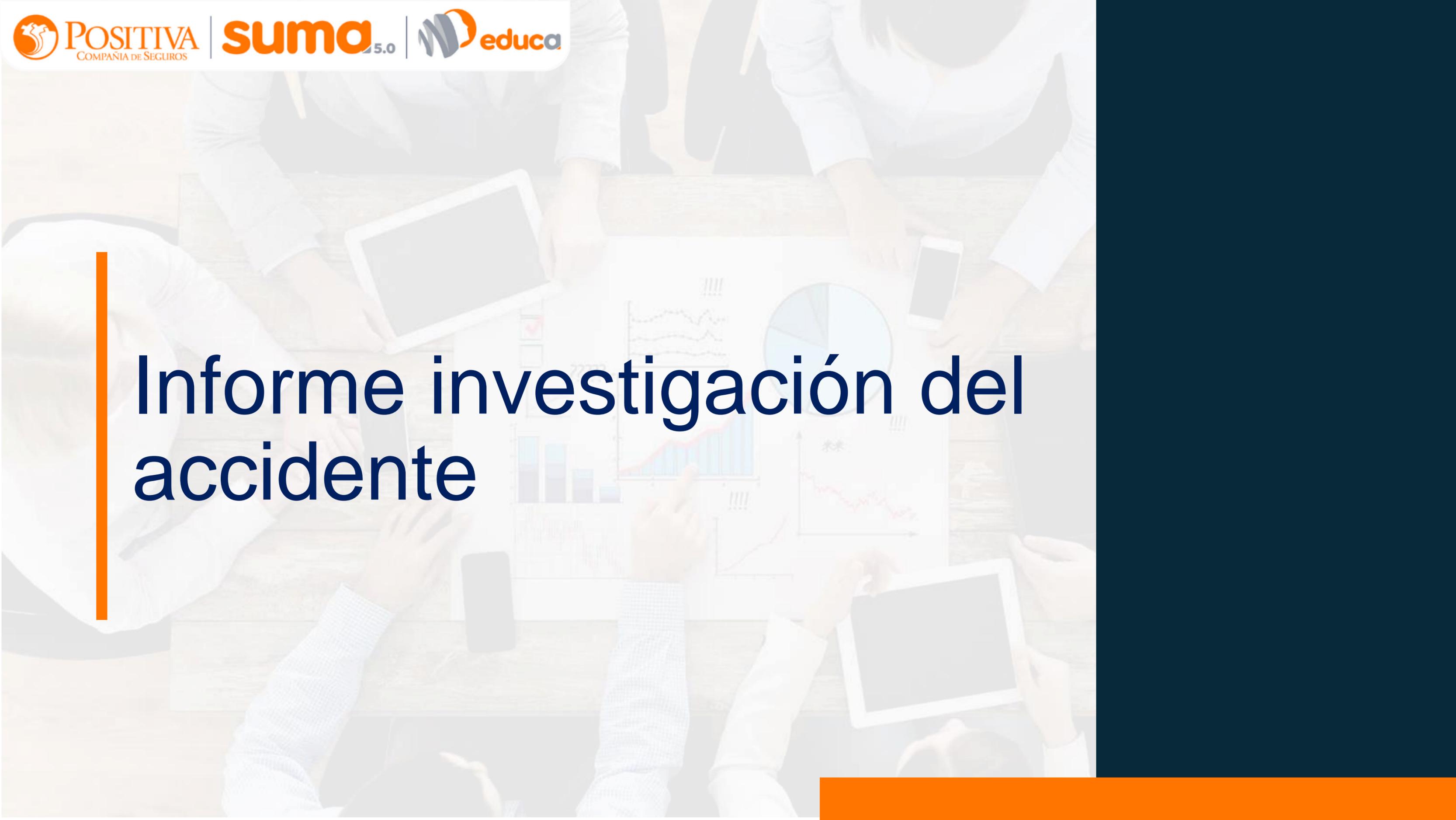
Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o contratante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo [2.2.5.1.28.](#) del Decreto número 1072 de 2015.

**(Resolución 156 de 2005, artículo 3°, modificado por el artículo 1° de la Resolución 2851 de 2015 )**

## Requisitos que debe contener el expediente para ser solicitado el dictamen ante las Juntas de Calificación de Invalidez

REQUERIMIENTOS MINIMOS	AT	EL	MUERTE
<b>Responsabilidad empleador</b>			
Formato único de reporte de accidente de trabajo, Furat, o el que lo sustituya o adicione, debidamente diligenciado por la entidad o persona responsable, o en su defecto, el aviso dado por el representante del trabajador o por cualquiera de los interesados.	X	X	X

**Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.5.1.28.**



# Informe investigación del accidente

### **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

**Resolución 1401 de 2007, Artículo 4.**



XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL		FECHA DE REMISIÓN							No. FOLIOS
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRES Y APELLIDOS								
TIPO DE DOCUMENTO		CARGO							FIRMA

## 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.**

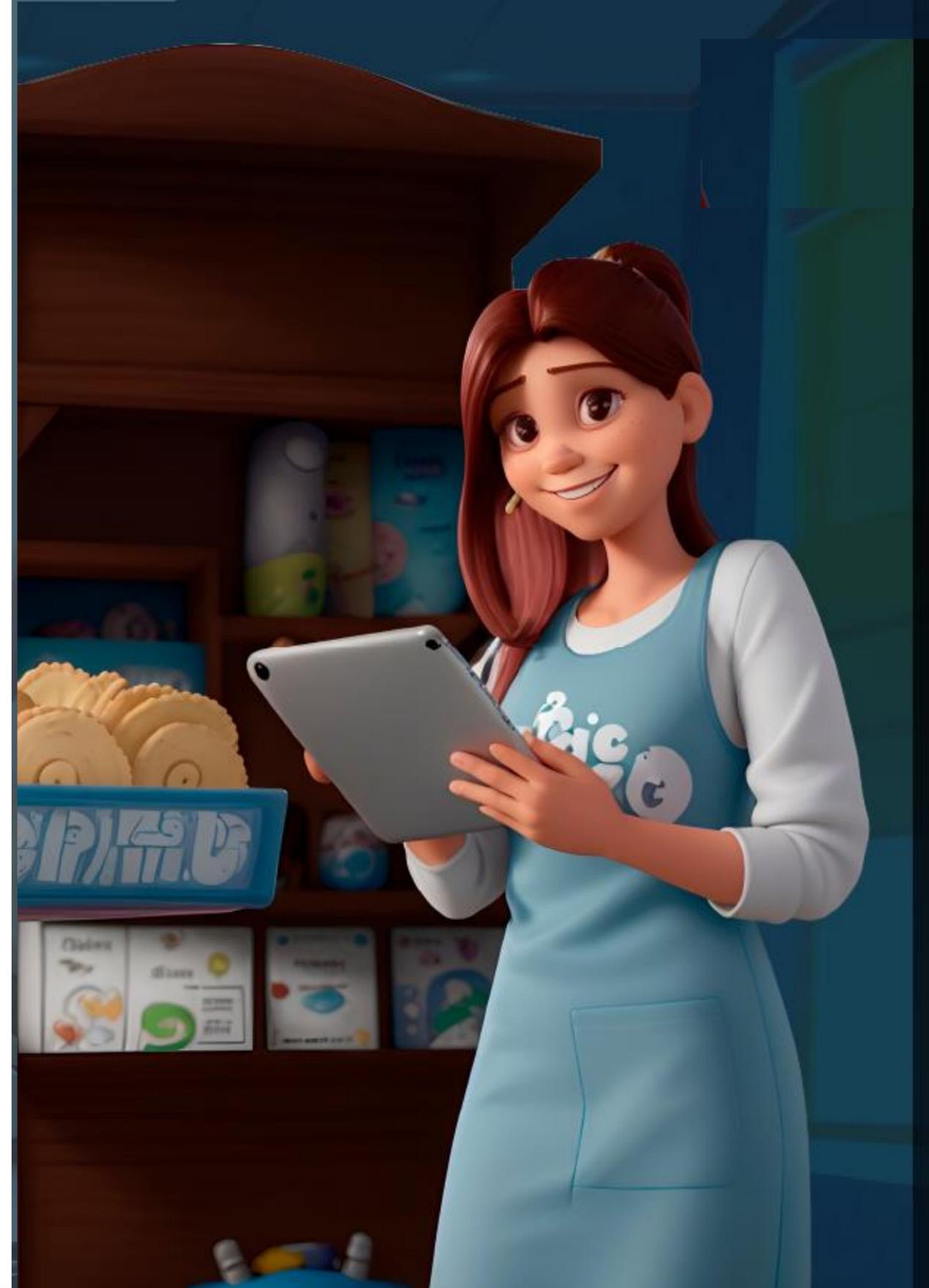
**Resolución 1401 de 2007, Artículo 13**



JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR		NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>				
No.				
ENCARGADO DEL P.S.O.		NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>				
No.				
INTEGRANTE DE COPASO O VIGIA		NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>				
No.				
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS		NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>				
No.				
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>				
No.				



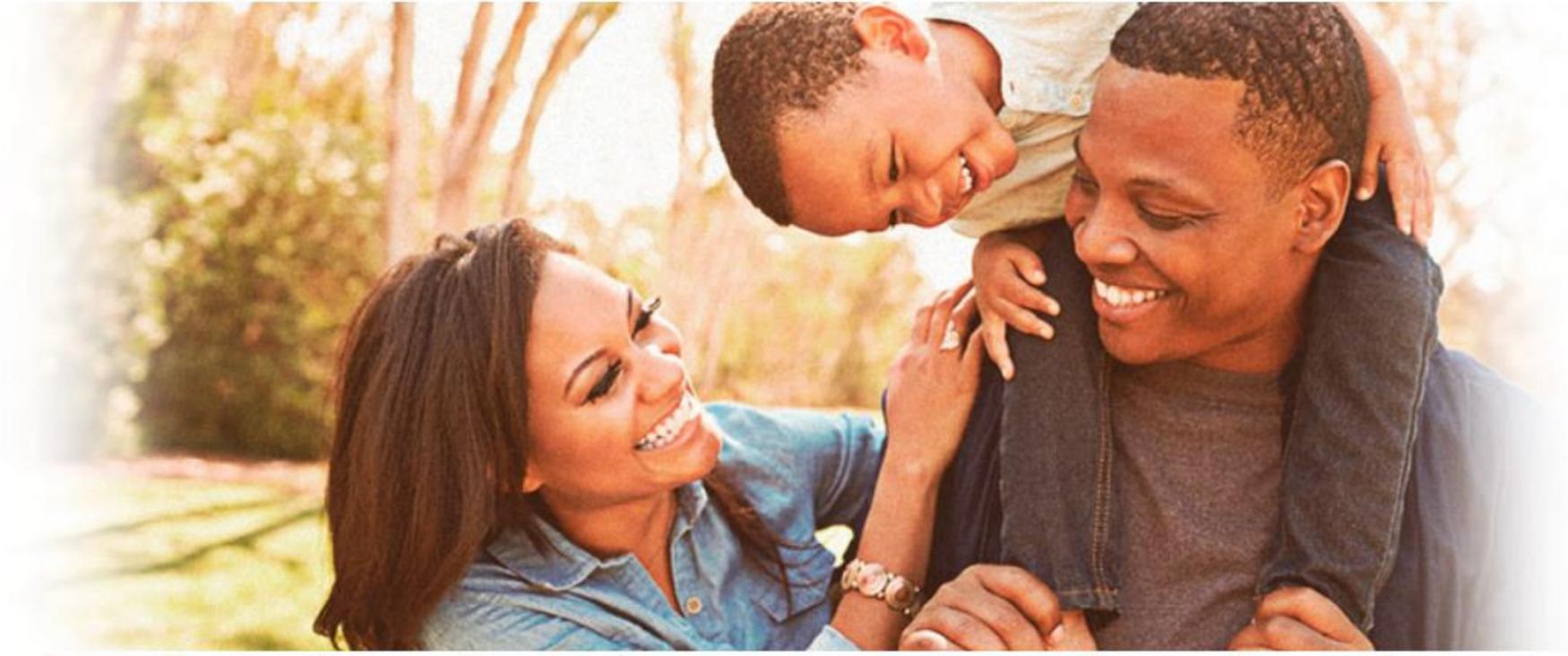
# Sanciones



### 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 implica cotización mayor al Sistema)	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 Reincidencia por incumplimiento correctivos formulados ARL o MinTrabajo	Multa de 20 hasta 1000 smlmv 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



- Sistema General
- Accidentes de Trabajo
- Enfermedad Laboral
- Investigaciones
- Positiva Crea
- Positiva Educa
- Positiva Comunica
- Positiva Investiga
- Positiva Acompaña



Para Positiva Compañía de Seguros y en especial para la Vicepresidencia de Promoción y Prevención es claro que la Educación puede y debe contribuir a una visión de desarrollo de la gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo para el país.

La Línea de Acción POSITIVA EDUCA es una solución técnica y metodológica de Promoción y Prevención, orientada a la aplicación de modelos de gestión del conocimiento tipificados por competencias universales declaradas por la UNESCO.

[Haz clic aquí para conocer más de POSITIVA EDUCA](#)



Inicio

 Ayuda

 Canales de comunicación

## Bienvenido a Posipedia

Usa el buscador para encontrar lo que necesites

Buscar...



Soluciones en S.S.T.

**Prevención  
Covid - 19**



Ayuda técnica

**Implementación  
de estándares  
mínimos SG-SST  
Empresas Mipymes**



Edúcate

**Vive en directo  
los talleres  
web en S.S.T.**



Ayuda técnica

**Implementación  
de estándares  
mínimos SG-SST  
Empresas grandes**



Edúcate

**Red Nacional de  
Comunidades de  
enseñanza y  
aprendizaje  
en S.S.T.**



Soluciones en S.S.T.

**Matriz legal  
en S.S.T.**



# Bibliografía

- <https://www.posipedia.com.co>
- <https://www.presidencia.gov.co>
- <https://www.mintrabajo.gov.co>
- <https://www.minsalud.gov.co>
- <https://www.imprenta.gov.co>
- <https://www.funcionpublica.gov.co>



# Evaluémonos

---





# ¿Preguntas?



Recuerda que POSITIVA tiene para ti:

# Posipedia

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



Cursos virtuales



Artículos



Audios



Juegos digitales



OVAS



Guías



Mailings



Videos

# POR MUCHAS CONEXIONES MÁS

## Andrés

Despierta todos los días seguro y feliz, porque permanece informado de las noticias y actividades nuevas en SST con su comunidad educativa Positiva Educa en WhatsApp.



1

Escanea el Código QR con tu celular.



2

Síguenos y entérate de todas las actualizaciones de nuestro Plan Nacional de Educación.



3

## ¡Recuerda!

El canal lo encuentras en la pestaña de Novedades de tu Whatsapp



# *¡SÍGUENOS EN NUESTRA COMUNIDAD EDUCATIVA!*



Escanea el código  
QR con tu celular