

EL FUTURO ES HUMANO

PLAN NACIONAL

Multimodal 2025

Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Respeto + Alegría + Aprendizaje

17



EL FUTURO ES HUMANO

Comunidad Nacional de Conocimiento para

La Prevención de Peligros en el Sector Comercio

Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Empatía + Gratitude + Comunicación asertiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Positiva Prevención



Hacienda

SESIÓN 3: REPORTE E INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO ENFOCADO AL SECTOR COMERCIO



JESUS PALOMINO CERVANTES

COMUNIDAD NACIONAL DE CONOCIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE PELIGROS EN EL SECTOR COMERCIO



jesus.palomino@hotmail.com



310 640 3928

- ABOGADO.
- ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.
- ASESOR EMPRESARIAL LEGISLACIÓN EN RIESGOS LABORALES.
- CATEDRÁTICO ESPECIALIZACIONES SST.
- YOUTUBER LEGISLACIÓN SST.
- DIRECTOR "ACADEMIA VIRTUAL JP"



Ruta de conocimiento



EVALUÉMONOS



Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Respeto + Gratitud + Ética y sostenibilidad

UN INCIDENTE NO ES MÁS QUE LA PUNTA DEL ICEBERG, UNA SEÑAL DE UN PROBLEMA MUCHO MAYOR BAJO LA SUPERFICIE

DON BROWN

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



OBJETIVOS

01

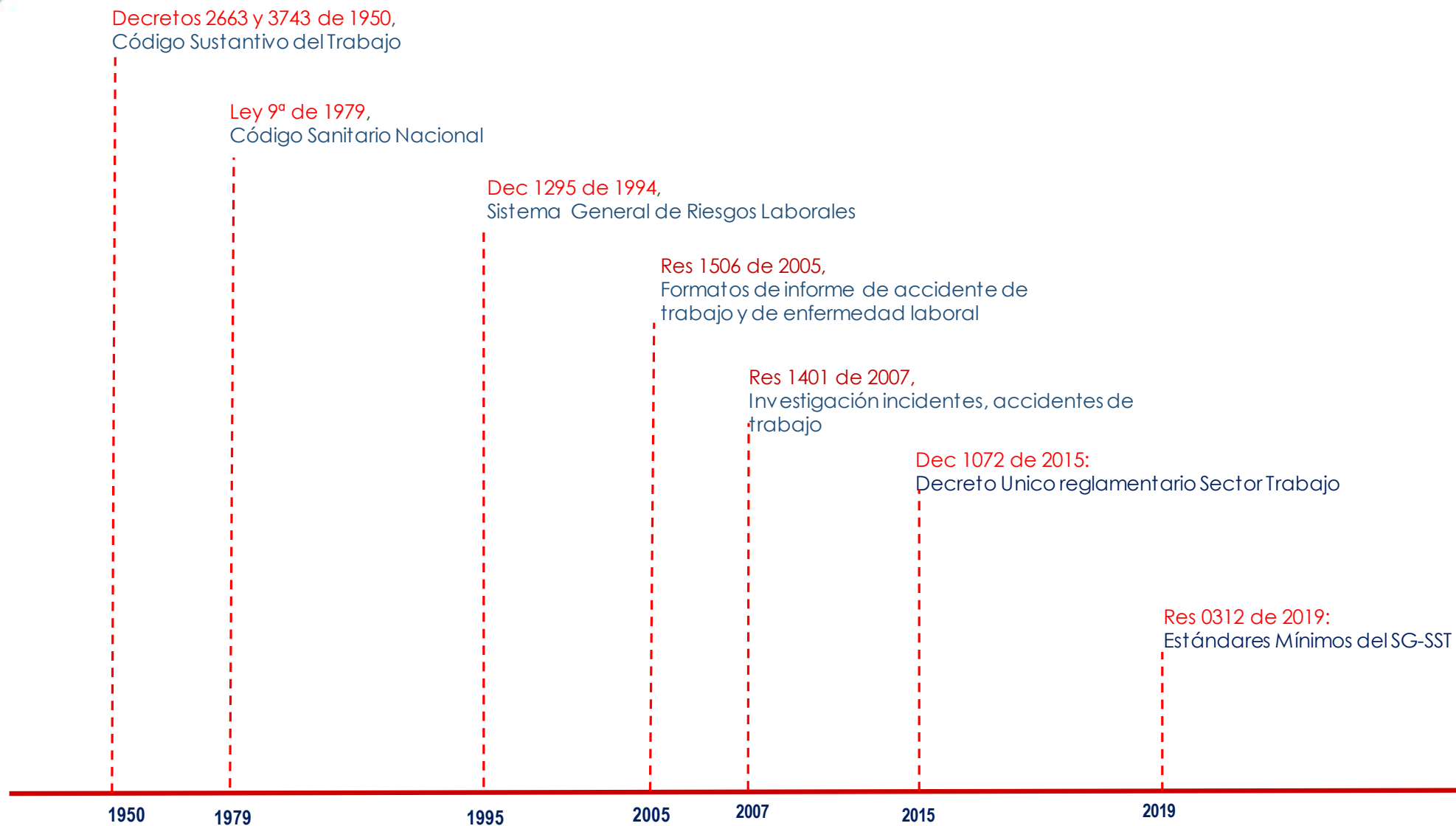
Facilitar a los empleadores el reporte oportuno del accidente de trabajo

02

Conocer los formatos de reporte e investigación del accidente de trabajo

03

Definir el equipo investigador del accidente



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

$$(\dots)$$

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

Tengo 48 horas
para reportar el
accidente de trabajo

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

¿Quién tiene la razón?:



Reporte accidente de trabajo: 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.

El formulario es un documento oficial de la Compañía de Seguros Positiva, titulado 'Reporte de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional'. Incluye campos para datos personales del asegurado, detalles del accidente o enfermedad, y una sección para el informe médico. El formulario está diseñado para ser completado por el empleador o el asegurado, y se utiliza para reportar incidentes de seguridad laboral o enfermedades profesionales a la entidad administradora de riesgos profesionales y a la Entidad Promotora de Salud.

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 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
Responsabilidad empleador			
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.

Formato reporte del accidente de trabajo





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

No. 99999999

El presente formato es de uso exclusivo de Positiva Compania de Seguros S.A. y no puede ser reproducido, copiado o distribuido sin el consentimiento escrito de Positiva Compania de Seguros S.A. No. 99999999

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
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO APP	SEGURO SOCIAL	CUAL INDIQUE EL NOMBRE APP SI NO ES EL SEGURO SOCIAL
		☐ SÍ ☐ NO	

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ CC ☐ CE ☐ M ☐ DN ☐ NI ☐ OTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: ☐ M ☐ F

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ PAÍS: _____

DEPARTAMENTO: _____ COLOMBIA, MUNICIPIO: _____ CANTÓN: _____ ZONA: _____

OCCUPACIÓN HABITUAL: _____ CATEGORÍA: _____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____

ALUMNO O EMPLEADOR PRESENTE: ☐ SI ☐ NO ☐ OTRO: _____ HORA DE TRABAJO HABITUAL: ☐ DIURNA ☐ NOCTURNA ☐ MIXTA ☐ HORAS FUERTES

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: _____ HORA DEL ACCIDENTE: _____ LUGAR DEL ACCIDENTE: _____ ACTIVIDADES QUE SE HACÍAN: _____

FECHA DEL ACCIDENTE: _____ HORA DEL ACCIDENTE: _____ LUGAR DEL ACCIDENTE: _____ ACTIVIDADES QUE SE HACÍAN: _____

TIPO DE ACCIDENTE: ☐ VOLUNTARIO ☐ TRÁNSITO ☐ DEPORTIVO ☐ RECREATIVO O CULTURAL ☐ PROPIO DEL TRABAJO ☐ OTRO: _____

DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: _____ COLOMBIA, MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: _____ CANTÓN: _____ ZONA: _____

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE: _____

¿Fue personal que generó el accidente? ☐ SI ☐ NO. En caso afirmativo, diligencie la siguiente información:

APellidos y Nombres Completos:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CÓDIGO DEL SEGURO:
APellidos y Nombres Completos:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CÓDIGO DEL SEGURO:
PERSONA RESPONSABLE DEL DAÑO:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CÓDIGO DEL SEGURO:
APellidos y Nombres Completos:		



FORMATO DE INFORME PARA
ACCIDENTE DE TRABAJO DEL
EMPLEADOR O CONTRATANTE

No. 99999999

NOTA: PRIORITARIO NO DEBERÁN SER LLENADOS LOS CAMPOS NOMBRADOS EN GRIS, SINO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE	
SPS A LA QUE ESTE ASESORADO	CÓDIGO SPS
AME A LA QUE ESTE ASESORADO	CÓDIGO AME
SPS A LA QUE ESTE ASESORADO	CÓDIGO SPS
SEGURO SOCIAL	SEGURO SOCIAL
☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ 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					
NT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No							
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA
							☐ U ☐ R
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR							CÓDIGO
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? ☐ SI ☐ 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

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	
PERSONA QUE PRESENTA EL ACCIDENTE	
¿Fue persona que presentaba el accidente? ☐ SI ☐ NO	
Si caso afirmativo diligenciar la siguiente información:	
APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
PERSONA RESPONSABLE DEL NEQUE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

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	☐ (1) NORMAL ☐ (2) EXTRA												
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?																CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO ANTES DEL ACCIDENTE													
☐ (1) SÍ ☐ (2) NO ¿CUÁL? (Indicar 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								EFFECTO NOCIO DE LA RADIACIÓN								AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)				MECANISMOS O FORMA DEL ACCIDENTE											
☐ (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA								(30) CLASIFICACIÓN (31) TORSIÓN, EMBUDO, DESGARRO MUSCULAR, TENDÓN, LIGAMENTO DE MUSCULO O TENDÓN SIN HERIDA (32) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO AMPLIACIÓN O ENFRIAMIENTO (Efecto o patología del ojo) (41) HERIDA (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Efecto o patología del ojo) (60) GASES O CONTAMINACIÓN O APLASAMIENTO (70) QUEMADURA (80) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN (90) ACCIDENTE O ALERGIA (100) EFECTO DEL TIEMPO DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE (11) ASPIRIA (12) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD								(1) CABEZA (2) CUELLO (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral cadera, pelvis) (4) TÓRAX (5) ABDÓMEN (6) MIEMBROS SUPERIORES (7) MIEMBROS INFERIORES (8) MANOS (9) PIES (10) OTRAS PARTES DEL CUERPO (11) LESIONES MÚLTIPLES (12) OTRO (Especifique) _____								(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS (2) MEDIOS DE TRANSPORTE (3) APARATOS (3.3) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS (4) MATERIALES O SUSTANCIAS (5) RADIACIONES (6) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y trabajo, pasillos, tejados, etc. al exterior, interior o subterráneo) (7) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS (8) ANIMALES (aves o producción animal) (9) AGENTES NO CLASIFICADOS				(1) CAÍDA DE PERSONAS (2) CAÍDA DE OBJETOS (3) PESADAS, CHOQUES O GOLPES (4) ATRAPAMIENTOS (5) SOBRESFUEZO, ESFUERZO EXCESIVO O MALO MOVIMIENTO (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOXIAS O RADIACIONES O SALPICADURAS (9) OTRO (Especifique) _____			
INDIQUE CUAL SITIO: (1) ALMACENES O DEPÓSITOS (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS (4) CONDICIONES O PASILLOS (5) ESCALERAS (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR (7) OFICINAS (8) OTRAS ÁREAS COMUNES (9) OTRO (Especifique) _____ TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES) (10) FRACTURA																															

No. 99999999

PERSONA QUE PRESENTA EL ACCIDENTE	
(Indicar persona que presenta el accidente) ☐ SI ☐ NO. En caso afirmativo, diligenciar la siguiente información:	
APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
PERSONA RESPONSABLE DEL MEDIO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD


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

No. 99999999

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE			
SPN A LA QUE SE ASIGNA	CÓDIGO SPN	AME A LA QUE SE ASIGNA	CÓDIGO AME
SEPA A LA QUE SE ASIGNA	CÓDIGO SEPA	SEGURO SOCIAL	CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA		TIPO DE CONVOCACIÓN LABORAL	
NOMBRE DE LA ENTIDAD ECONÓMICA (RÉGIMEN PRIMARIO)		CÓDIGO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN	

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

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

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

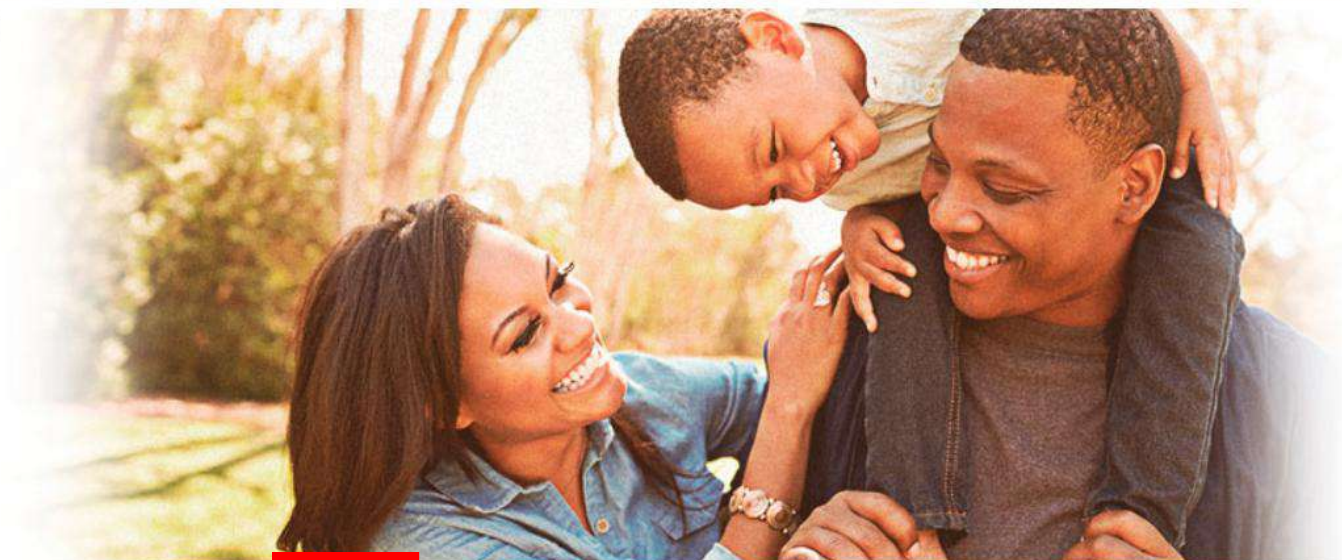
 ¿Hubo personas que presenciaron el accidente? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

APellidos y Nombres Completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CARGO QUE DESEMPEÑA
	TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.	
APellidos y Nombres Completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CARGO QUE DESEMPEÑA
	TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.	
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME		
APellidos y Nombres Completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CARGO QUE DESEMPEÑA
	TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.	

FIRMA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE:

D D M M A A A A



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](#)

¿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](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.



AVISO DEL ACCIDENTE A LA ARL

The screenshot shows the POSITIVA website interface. The top navigation bar includes the POSITIVA logo and links for Inicio, Transparencia y acceso a la información pública, Atención y servicio a la ciudadanía, Participa, and Canales de atención, along with a search bar. The main content area features a large graphic with a woman thinking, a lightbulb icon, and a question mark icon. The text on the left asks '¿Cómo reportar un accidente de trabajo o enfermedad laboral?'. The breadcrumb trail shows 'Inicio > Cómo reportar un accidente de trabajo o enfer...'. On the right side, there is a vertical toolbar with icons for a sun, A-, A+, and a hand.

POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

Inicio Transparencia y acceso a la información pública Atención y servicio a la ciudadanía Participa Canales de atención Buscar

Inicio > Cómo reportar un accidente de trabajo o enfer...

¿Cómo reportar un accidente de trabajo o enfermedad laboral?

Para reportar un accidente de trabajo

1. Identifica canal de atención



Eres trabajador independiente:

- Puedes usar el **portal transaccional**
- Líneas telefónicas Bogotá **3307000**
Línea gratuita nacional **01 8000 111170**
- Dirigirte a los **puntos de atención**



Eres empleador:

- Puedes usar El **portal transaccional**
- ALISSTA®
- Líneas telefónicas Bogotá **3307000**
Línea gratuita nacional **01 8000 111170**
- Dirigirte a los **puntos de atención**



Eres trabajador Dependiente:

- Avisar al empleador (área de seguridad y salud en el trabajo).
- Puedes comunicarte con la línea telefónica **3307000** línea gratuita nacional **01 8000 111170**



Bienvenidos a nuestra sede electrónica transaccional

Desde aquí podrá realizar sus trámites como empleador, trabajador (dependiente o independiente) o proveedor de Positiva.

Si aún no es afiliado o no está registrado, use la opción registrarse que verá al cerrar esta ventana.

[Continuar](#)

BIENVENIDO AL PORTAL INTEGRADO DE TRÁMITES DE POSITIVA ARL

Aquí usted podrá gestionar todos los temas ante nuestra ARL como empleador o trabajador, para ello tenga en cuenta lo siguiente:

- ✔ Si no ha realizado el proceso de registro como empleador o trabajador independiente debe hacerlo por la opción **Registrarse**, si ya realizó el proceso de registro puede ingresar con el usuario y contraseña asignado.
- ✔ Recuerde que el usuario de ingreso corresponde al número del documento de identidad. **Para ingresar al portal si su tipo de documento es Permiso de protección temporal (PT), para autenticarse debe anteponer PT a su número de documento.**
Ej PT1234567
- ✔ Si olvidó su contraseña, podrá recuperarla ingresando el número de documento del usuario y seleccionando la opción **¿olvidó su contraseña?**, el sistema le indicará el procedimiento a seguir para restaurarla.
- ✔ Si presenta dificultades con nuestro portal transaccional, puede utilizar la opción **Soporte en Línea**, en donde lo guiaremos en el proceso.
- ✔ Le informamos que puede realizar la actualización de su correo electrónico, ingresando por la opción actualizar datos (ver [enlace](#)).

Continuar



¡Hola! Ingresa tus datos



Nº documento empresa



Nº documento usuario



Clave acceso



¿Olvidaste tu Clave?

Solicita tu usuario aquí

Iniciar sesión

Versión 2.20.27



Un producto de:



Facilita la elección de
los representantes
de los trabajadores
de los comités
en SST.



Ingresando al

**Módulo Participación
Trabajadores**

Línea nacional: 01 8000 413 535 • Bogotá D.C. 601 241 5522

Investigación del accidente de trabajo



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.

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.)

RESOLUCION 1401 DE 2007

Investigación Incidentes y Accidentes de Trabajo

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



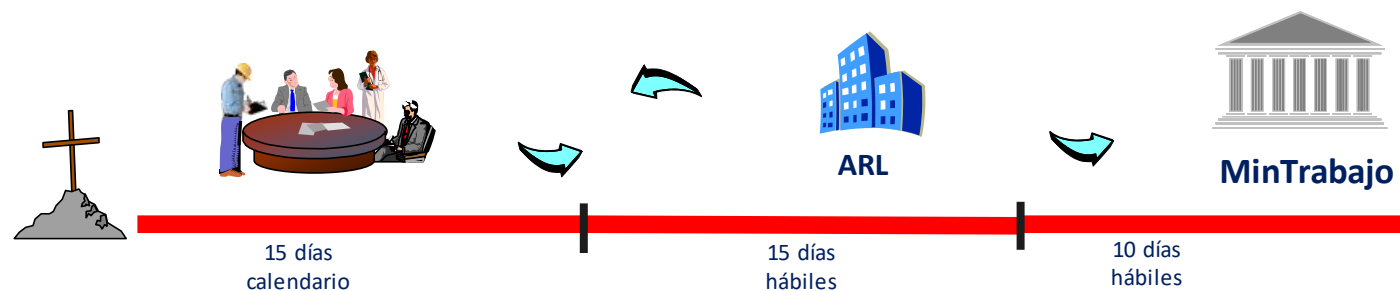
INVESTIGACION MUERTE DEL TRABAJADOR POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL

(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



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

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

REMISIÓN INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO MORTAL

Resolución 1401 de 2007.

Artículo 14. Remisión de investigaciones. El aportante debe remitir a la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentre afiliado, **dentro de los quince (15) días siguientes** a la ocurrencia del evento, el informe de investigación del accidente de trabajo mortal y de los accidentes graves definidos en el artículo 3o de la presente resolución.

(. . .)

.

Formulario de Seguimiento de la Intervención

I. Datos de la Intervención

Nombre de la Intervención: Programa de Atención Primaria de Salud

Objetivo de la Intervención: Mejorar la salud de la comunidad

Fecha de Inicio: 15/01/2010

Fecha de Finalización: 31/12/2010

II. Descripción de la Intervención

Descripción de la Intervención: Se realizó una campaña de vacunación contra la gripe en la comunidad.

III. Seguimiento de la Intervención

Fecha	Interventor	Observaciones	Evaluación
15/01/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
22/01/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
29/01/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
05/02/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
12/02/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
19/02/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
26/02/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
05/03/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
12/03/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
19/03/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
26/03/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
02/04/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
09/04/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
16/04/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
23/04/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
30/04/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
07/05/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
14/05/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
21/05/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
28/05/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
04/06/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
11/06/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
18/06/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
25/06/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
02/07/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
09/07/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
16/07/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
23/07/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
30/07/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
06/08/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
13/08/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
20/08/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
27/08/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
03/09/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
10/09/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
17/09/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
24/09/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
01/10/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
08/10/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
15/10/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
22/10/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
29/10/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
05/11/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
12/11/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
19/11/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
26/11/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
03/12/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
10/12/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
17/12/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
24/12/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena
31/12/2010	Dr. Juan Pérez	Se realizó la campaña de vacunación en la comunidad.	Buena

IV. Remisión del Formato de Investigación a la AEL

Se remite el formato de investigación a la AEL: Si

Fecha de Remisión: 31/12/2010

Firma: Dr. Juan Pérez

XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL										FECHA DE REMISIÓN								Nº FOLIOS									
REPRESENTANTE LEGAL										NOMBRE DEL EMPLEADO										CARGO				PUESTO			
TIPO DE DOCUMENTO																											
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																											

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo

VERSIÓN ACTUALIZADA AL 27 DE JULIO DE 2018

PARÁGRAFO. Los resultados de la revisión de la alta dirección deben ser documentados y divulgados al Copasst o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y al responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) quien deberá definir e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora a que hubiere lugar.

(Decreto 1443 de 2014, art. 31)

Artículo 2.2.4.6.32. Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. La investigación de las causas de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, debe adelantarse acorde con lo establecido en el presente Decreto, la Resolución número 1401 de 2007 expedida por el entonces Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio del Trabajo, y las disposiciones que los modifiquen, adicionen o sustituyan. El resultado de esta investigación, debe permitir entre otras, las siguientes acciones:

1. Identificar y documentar las deficiencias del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) lo cual debe ser el soporte para la implementación de las acciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias;
2. Informar de sus resultados a los trabajadores directamente relacionados con sus causas o con sus controles, para que participen activamente en el desarrollo de las acciones preventivas, correctivas y de mejora;
3. Informar a la alta dirección sobre el ausentismo laboral por incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales; y
4. Alimentar el proceso de revisión que haga la alta dirección de la gestión en seguridad y salud en el trabajo y que se consideren también en las acciones de mejora continua.

PARÁGRAFO 2. Para las investigaciones de que trata el presente artículo, el empleador debe conformar un equipo investigador que integre como mínimo al jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado o del área donde ocurrió el evento, a un representante del Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y al responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Cuando el empleador no cuente con la estructura anterior, deberá conformar un equipo investigador por trabajadores capacitados para tal fin.



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
ENFERMEDAD LABORAL	SI	SI	SI	SI

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. (Además sanciones CST, Ley 100/93, pago prestaciones, etc)
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	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

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



Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Respeto + Gratitud + Ética y sostenibilidad



PREGUNTAS

Recuerda que POSITIVA tiene para ti:



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



Cursos virtuales



Artículos



Audios



Juegos digitales



OVAS



Guías



Mailings



Videos



¿Quieres profundizar tus conocimientos y
potenciar tus competencias en SST?

¡Capacítate y fortalece
la seguridad de tu empresa!

CURSOS

**VIRTUALES SG-SST
DE 50 Y 20 HORAS**

Escanea e insíbete



Para trabajadores de todas las empresas, áreas y sectores.

¡TE ESPERAMOS!



Síguenos 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 para entrar
a nuestro Canal de Whatsapp