



Todo en Ferrería

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

P34  
Versión 1  
Pág. 1/ 11

### 1. Objetivo

Establecer un procedimiento para la notificación e investigación de los accidentes, incidentes y enfermedades laborales con el propósito de identificar y analizar los hechos y definir el conjunto de causas que directa o indirectamente intervinieron, para priorizar y aplicar las acciones correctivas y preventivas encaminadas a minimizar las condiciones de riesgos de los colaboradores y la productividad de la empresa y evitar su ocurrencia, además dar cumplimiento a las obligaciones y requisitos exigidos por la legislación vigente en riesgos laborales.

### 2. Alcance

Este procedimiento aplica a todos los incidentes, accidentes con causa u ocasión de las labores que se desarrollan para CASA FERRETERA, así mismo para las enfermedades laborales que sean calificadas.

### 3. Definiciones

#### 3.1 Accidente de trabajo

Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

#### 3.2 Incidente de Trabajo

Suceso acontecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos.

#### 3.3 Investigación de Incidente

Proceso sistemático de determinación y ordenación de causas, hechos o situaciones que generaron o favorecieron la ocurrencia del incidente, que se realiza con el objeto de prevenir su repetición mediante el control de los riesgos que lo produjeron.

	Elaboró	Revisó	Aprobó
Firma	Jessica Carrera G.	Paola Vergara G.	
Cargo	Auxiliar SSTA	Coordinador de SSTA	Gerente General
Nombre	Jessica Carrera	Paola Vergara García	Javier H. González R.
Fecha de vigencia: 01 de Noviembre 2022			

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de CASA FERRETERA S.A. se consideran como COPIAS NO CONTROLADAS, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



*Todo en Ferrería*

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

P34  
Versión 1  
Pág. 2/ 11

### 3.4 Accidente Grave de Trabajo

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

### 3.5 Causas Básicas

Causas reales que se manifiestan detrás de los síntomas. Razones por las cuales ocurren los actos y condiciones subestándares o inseguros. Factores que una vez identificados permiten un control administrativo significativo. Las causas básicas ayudan a explicar por qué se cometen actos subestándares o inseguros y por qué existen condiciones subestándares o inseguras.

### 3.6 Causas Inmediatas

Acontecimientos que se presentan justamente antes del contacto; por lo general son observables o se hacen sentir. Se clasifican en actos subestándares o actos inseguros (comportamientos) y condiciones subestándares o condiciones inseguras (circunstancias o condiciones ambientales); estos dos pueden dar paso a la ocurrencia de un accidente / incidente).

### 3.7 Acto o Comportamiento Inseguro

Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura o accidente / incidente, con consecuencias para el colaborador, la producción, el medio ambiente y otras personas. También el comportamiento inseguro incluye la falta de acciones para informar o corregir condiciones inseguras.

### 3.8 Condición Insegura

Todo elemento de los equipos, la materia prima, las herramientas, las máquinas, las instalaciones o el medio ambiente que se convierte en un peligro para las personas, los bienes, la operación y el medio ambiente y que bajo determinadas condiciones puede generar un accidente / incidente.

### 3.9 Factor Personal

Se refieren a todas las condiciones físicas y fisiológicas, que pueden causar una situación insegura o accidente / incidente, con consecuencias para el colaborador, la producción, el medio ambiente y otras personas.

### 3.10 Factor del Trabajo

Son todos aquellos elementos relacionados con las condiciones laborales que pueden contribuir a la aparición de un evento indeseado, como lo pueden ser equipos inadecuados, estándares de trabajo deficientes, supervisión inadecuada, en fin son todos esos factores que la empresa debe tener vigilados y controlados para que no generen daños, accidentes / incidente.

### 3.11 Administradora de Riesgos Laborales - ARL-

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



*Todo en Ferretería*

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

P34  
Versión 1  
Pág. 3/ 11

Entidad que tienen como objetivo prevenir, proteger y atender a los colaboradores contra accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

### 3.12 FURAT – Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo

Formato que se diligencia y es remitido a la ARL cuando se ha presentado un presunto accidente de trabajo.

### 3.13 Enfermedad laboral

Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el colaborador se ha visto obligado a trabajar.

## 4. CONDICIONES GENERALES

- El grupo investigador será conformado cada vez que se presente un evento, según la normatividad existirá variación según el colaborador accidentado o diagnosticado.
- Se cuenta con 48 horas hábiles para la radicación de accidentes en la EPS según el mecanismo definido por estas.
- La investigación de las enfermedades labores podrán ser acompañadas por personal de la ARL.
- Una vez se reciba la notificación del dictamen de calificación de origen, se tendrá dos días hábiles para la radicación al Ministerio de Trabajo.
- Cuando el accidente es mortal y grave, se debe utilizar formato de la ARL a la que este afiliada la empresa.
- El estudio de puesto de trabajo deberá ser desarrollado por una entidad contratada por la empresa.
- Es responsabilidad de quien sufre un accidente o incidente:
  - Suministrar información clara y veras correspondiente al accidente / incidente laboral.
  - Participar en el proceso de investigación de estos eventos.
  - Cumplir las medidas de seguridad necesarias para proteger la salud.
- Es responsabilidad del jefe inmediato:
  - Cumplir con el procedimiento descrito
  - Reportar los accidentes a la línea de atención de la ARL a la cual se encuentra afiliado la persona que sufre el evento.

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

**P34**  
**Versión 1**  
**Pág. 4/ 11**

- Reportar al área de Seguridad y Salud en el Trabajo los accidentes o incidentes que reporten
  - Hacer parte del grupo de Investigación del accidente / incidentes laborales.
  - Gestionar e implementar las medidas y acciones correctivas de la investigación de los accidentes laborales.
  - Hacer seguimiento a las acciones correctivas y preventivas.
- Es responsabilidad del COPASST (COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO):
    - Participar en la investigación del accidente
    - Realizar seguimiento a las medidas de control sugeridas en las investigaciones de accidentes
  - Es responsabilidad del Representante Legal:
    - Revisar y aprobar la investigación de los accidentes.
  - Es responsabilidad de SSTA:
    - Realizar el radicado virtual del formato P34-1 REPORTE INCIDENTE O ACCIDENTE DE LABORAL frente a la web de la ARL.
    - Acompañar y orientar la investigación del accidente laboral en conjunto con el jefe inmediato / un integrante del COPASST
    - Documentar el desarrollo y archivar la investigación del accidente e incidente laborales.
    - Hacer seguimiento a los planes de acción propuestos en la investigación.
    - Mantener actualizados los indicadores de accidentalidad e incidentalidad establecidos. Adicional la caracterización de estos eventos.
    - Garantizar y realizar seguimiento a las medidas de control sugeridas en las investigaciones de accidentes.

### 5. CONTENIDO

#### 5.1 ACCIDENTE LABORAL

Actividad	Detalle	Responsable	Registro
	Todos los accidentes con o sin lesión deben ser reportados inmediatamente de manera verbal al jefe de área y/o miembro COPASST de la sede a la cual pertenece	Quien sufre el accidente y/o testigos.	N/A

“El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original.”



Todo en Ferrería

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

**P34**  
Versión 1  
Pág. 5/ 11

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Diligenciar Formato reporte incidente o accidente laboral</p> </div>	<p>Suministrar los datos del evento con el fin de diligenciar el Formato P34-1 Reporte incidente o accidente laboral</p>	<p>Jefe de área y/o Miembro COPASST</p>	<p>Formato P34-1 Reporte incidente o accidente laboral</p>
<p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Reportar el accidente a la Línea de atención de la ARL</p> </div> <p>↓</p>	<p>El jefe inmediato o miembro del COPASST de la dependencia a la que pertenece la persona accidentada debe llamar a la Línea Salvavidas de ARL COLMENA Administradora de Riesgos Laborales si la persona es vinculada: en Medellín al 444 1246 y en el resto del País al 018000919667. Esta información se encuentra detrás del carné de ARL COLMENA y tarjeta colgante de los teléfonos. Para el caso de los temporales la ARL es SURA y deben llamar a la Línea de atención en Medellín al 4444578 y en el resto del país a las líneas 01800 051 1414 en estas líneas informan el centro de atención más cercano, a donde la persona se debe dirigir.</p>	<p>Jefe de área y/o Miembro COPASST</p>	<p>Radicado Telefónico</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Atención y prestación de servicios asistenciales</p> </div> <p>↓</p>	<p>La persona que sufrió el presunto accidente laboral es atendida en el centro asistencial al cual fue remitido por parte de la ARL</p>	<p>Centro Médico Asistencial – ARL</p>	<p>Soporte de atención</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Informar el accidente al área de SSTA</p> </div> <p>↓</p>	<p>Establecer comunicación con el área SSTA para informar sobre la ocurrencia y enviar formato P34-1 Reporte Incidente O Accidente Laboral</p>	<p>Jefe inmediato y/o Miembro COPASST</p>	<p>Formato P34-1 Reporte Incidente O Accidente Laboral</p>

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



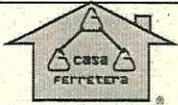
Todo en Ferrería

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

**P34**  
Versión 1  
Pág. 6/ 11

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Diligenciar y radicar el FURAT ante la ARL</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>La persona responsable en SSTA debe diligenciar el FURAT a través de la página Web de la ARL máximo (48) horas hábiles posteriores al reporte del evento.</p>	<p>Coordinador SSTA / Auxiliar SSTA</p>	<p>FURAT</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Notificación a EPS</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>La persona responsable en SSTA debe a través de los diferentes canales enviar el reporte emitido por la ARL (informe de accidente laboral del colaborador) a la EPS a la cual pertenece el accidentado 48 horas hábiles posteriores al reporte del evento</p>	<p>Coordinador SSTA / Auxiliar SSTA</p>	<p>Radicado Correo Electrónico o físico</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Investigar el accidente</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>La persona responsable en SSTA recolectará información para desarrollar la investigación con ayuda del jefe inmediato y del COPASST</p> <p>Para accidentes leves se contará con 15 días hábiles y para accidentes graves 15 días calendario y radicación en ARL.</p> <p>Cuando el accidente es mortal o grave, se debe utilizar formato de investigación de la ARL</p>	<p>Equipo investigador</p> <p>Líder de proceso</p> <p>COPASST</p> <p>Coordinador SSTA / Auxiliar SSTA</p>	<p>Formato P34-2 /1 Investigación Incidente O Accidente Laborales</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Archivo información del accidente</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>En SSTA reposa electrónicamente información completa del accidente en carpeta (CARPETA FURAT AÑO en curso) y Archivo físico en Hoja de vida del colaborador</p>	<p>Coordinador SSTA / Auxiliar SSTA</p>	<p>Carpeta Electrónica FURAT</p> <p>Hoja de Vida Colaborador.</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 40px; margin: 0 auto; text-align: center;">fin</div>			

“El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original.”



Todo en Ferrreteria

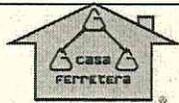
## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

P34  
Versión 1  
Pág. 8/ 11

### 5.3 ENFERMEDAD LABORAL

Actividad	Detalle	Responsable	Registro
<p>Inicio</p>			
<p>Solicitud de documentación</p>	Solicitud de la documentación del colaborador por parte de la EPS / ARL	EPS / ARL	Correo electrónico y/o Carta física
<p>Recolección de información para respuesta EPS - ARL</p>	<p>Se realiza solicitud de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de cargos y labores desempeñados, con sus respectivas fechas de inicio y finalización.</li> <li>• Historia Clínica Ocupacional (exámenes de ingreso, egreso y periódicos)</li> <li>• AROS (Actividades de riesgo por oficio) de los oficios desempeñados por el colaborador en referencia desde su vinculación a la empresa.</li> <li>• Informe del estudio de puesto de trabajo del oficio y/o oficios desempeñados por el colaborador en referencia (anexar video si se tiene).</li> <li>• Reportes de accidentes laborales o enfermedades laborales que el colaborador haya tenido o reportado.</li> <li>• Información si hay otros colaboradores que realizan la misma labor y hayan tenido notificación de estudio o diagnóstico de enfermedades similares a las estudiadas en el caso de la referencia.</li> <li>• Copia del contrato de trabajo.</li> </ul>	<p>Coordinador SSTA</p> <p>Coordinador Gestión Humana</p>	Documentación solicitada

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERIA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



Todo en Ferrreteria

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

P34  
Versión 1  
Pág. 7/ 11

### 5.2 INCIDENTE LABORAL

Actividad	Detalle	Responsable	Registro
Inicio			
↓			
Notificación del incidente	Todos los INCIDENTES deben ser reportados inmediatamente de manera verbal al jefe de área y/o miembro COPASST de la sede a la cual pertenece.	Quien sufre el incidente y/o testigos.	
↓			
Diligenciar Formato	Suministrar los datos del evento con el fin de diligenciar el formato P34-1 Reporte Incidente o Accidente Laboral	Líder de proceso y/o Miembro COPASST	Formato P34-1 Reporte Incidente o Accidente Laboral
↓			
Informar el incidente al área de SSTA	Establecer comunicación con el área de SSTA para informar sobre la ocurrencia y enviar el formato P34-1 Reporte Incidente o Accidente Laboral	Líder de proceso y/o Miembro COPASST	Formato P34-1 Reporte Incidente o Accidente Laboral
↓			
Investigar el incidente	El coordinador de SSTA recolectará información del colaborador para desarrollar la investigación con el apoyo del Líder de proceso.  Para incidentes se contará con 15 días hábiles para su respectiva investigación.	Líder de proceso  Coordinador SSTA	Formato P34-3 Lección aprendida / Formato P34-4 Cinco minutos de seguridad
↓			
Archivo del incidente	En SSTA reposará información completa del incidente en la carpeta ARCHIVO EXCEL INCIDENTES AÑO EN CURSO y físico en la Hoja de vida del colaborador	Coordinador SSTA / Auxiliar SSTA	Archivo Excel Caracterización de la accidentalidad / Incidentes Año en curso
↓			
fin			

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



Todo en Ferretería

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

**P34**  
Versión 1  
Pág. 9/ 11

	• Planilla de pagos y/o afiliación al sistema de seguridad social (EPS-AFP ARL)		
Envío de documentación a EPS o ARL	Coordinador de SSTA envía documentos recolectados	Coordinador SSTA	Correo electrónico y/o físicos
Recepción de notificación de origen de la enfermedad	Se recibe notificación vía correo electrónico y/o físico del origen de la enfermedad	ARL - Junta Regional y/o Nacional de invalidez	Correo electrónico y/o carta física.
Realizar FUREL	Coordinador de SSTA realiza el diligenciamiento del FUREL a través de la página Web de la ARL en máximo 48 horas hábiles para reportar el evento.	Coordinador SSTA	Radicado y documento
Radicación enfermedad laboral el Ministerio de Trabajo	Radicalar la enfermedad laboral al Ministerio de Trabajo en un periodo de 48 horas hábiles a partir de la notificación.	ARL - Junta Regional y/o Nacional de invalidez SST	Correo electrónico
Investigación de enfermedad laboral	<p>Conformar equipo investigador: Líder proceso, Copasst, SSTA.</p> <p>Recopilación de información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesiogramas</li> <li><input type="checkbox"/> Identificación de peligros</li> <li><input type="checkbox"/> Mediciones ambientales</li> <li><input type="checkbox"/> Inspecciones al puesto de trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Análisis de puesto de trabajo</li> </ul>	<p>Equipo investigador</p> <p>Líder de proceso</p> <p>COPASST</p> <p>Coordinador SSTA / Auxiliar SSTA</p>	Formato P34-5 Investigación enfermedad laboral ARL

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



Todo en Ferrreteria

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

P34  
Versión 1  
Pág. 10/ 11

	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Reportes de condición médica</li><li><input type="checkbox"/> Encuestas de morbilidad</li><li><input type="checkbox"/> Registros de inducción</li><li><input type="checkbox"/> Capacitaciones</li><li><input type="checkbox"/> Examen de ingreso</li><li><input type="checkbox"/> Exámenes periódicos</li><li><input type="checkbox"/> Reporte de Incapacidades</li><li><input type="checkbox"/> Actas de entrega de EPP</li><li><input type="checkbox"/> Evidencia de capacitación en uso de EPP</li><li><input type="checkbox"/> Registros de implementación de medidas de control</li></ul> <p>Con la información se realiza análisis causal</p> <p>Realizar línea del tiempo: Ingreso, intervención (capacitación, EPP)</p> <p>Se definen acciones preventivas, correctivas y de mejora</p>		
<p>fin</p>			

### 6. REFERENCIAS Y ANEXOS

- P34-1 Formato reporte de Accidente e incidentes laborales
- P34-2 Formato Investigación Accidentes / Incidentes laborales.
- P34-3 Formato Lección aprendida
- P34-4 Formato 5 minutos de seguridad
- P34-5 Formato investigación de enfermedad laboral
- Resolución 1401 de 2007
- Resolución 156 de 2005
- Ley 1562 de 2012
- Decreto 1477 de 2014

"El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original."



Todo en Ferretería

## PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE, INCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

P34  
Versión 1  
Pág. 11/ 11

- Resolución 0312 de 2019
- Decreto 1072 de 2015

### 7. REGISTROS

CODIGO	TITULO	ALMACENAMIENTO	RETENCIÓN	DISPOSICIÓN
P34-1	Formato reporte de Accidente e incidentes laborales	Oficina Gestión Humana, Archivador Hojas de Vida, Carpeta por orden alfabético, hoja de vida colaborador	Mientras la persona este vinculada	Archivo central
		Administración Documental, Archivo inactivo, carpeta empleados retirados en orden cronológico.	80 años después de que cese la relación laboral con el colaborador	Archivo inactivo
P34-2	Formato de investigación de incidentes y accidentes laborales.	Oficina Gestión Humana, Archivador Hojas de Vida, Carpeta por orden alfabético, hoja de vida colaborador	Mientras la persona este vinculada	Archivo central
		Administración Documental, Archivo inactivo, carpeta empleados retirados en orden cronológico.	80 años después de que cese la relación laboral con el colaborador	Archivo inactivo
P34-3	Lección aprendida	Oficina Gestión Humana, Archivador Hojas de Vida, Carpeta por orden alfabético, hoja de vida colaborador	Mientras la persona este vinculada	Archivo central
		Administración Documental, Archivo inactivo, carpeta empleados retirados en orden cronológico.	80 años después de que cese la relación laboral con el colaborador	Archivo inactivo
P34-4	Formato de 5 minutos de seguridad	Oficina Gestión Humana, Archivador Hojas de Vida, Carpeta por orden alfabético, hoja de vida colaborador	Mientras la persona este vinculada	Archivo central
		Administración Documental, Archivo inactivo, carpeta empleados retirados en orden cronológico.	80 años después de que cese la relación laboral con el colaborador	Archivo inactivo
P34-5	Formato de investigación de enfermedades laborales	Oficina Gestión Humana, Archivador Hojas de Vida, Carpeta por orden alfabético, hoja de vida colaborador	Mientras la persona este vinculada	Archivo central
		Administración Documental, Archivo inactivo, carpeta empleados retirados en orden cronológico.	80 años después de que cese la relación laboral con el colaborador	Archivo inactivo

### 8. MODIFICACIONES

N.A.

“El documento vigente está ubicado en la red y por lo tanto las copias o reproducciones que se hagan por fuera de ella sin la autorización de **CASA FERRETERA S.A.** se consideran como **COPIAS NO CONTROLADAS**, en la oficina de Calidad se encuentra el original.”



## REPORTE INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL

Señale con una X, si es:

<b>INCIDENTE LABORAL</b> (No produjo lesión al colaborador)	
<b>ACCIDENTE LABORAL</b> (Produjo lesión al colaborador)	
<b># RADICADO REPORTE ARL</b> (Cuando se requiere atención medica)	

### 1. DATOS DE LA PERSONA

### 2. DATOS DEL EVENTO

Nombre Completo		Fecha del evento	
Documento de identidad		Hora del evento	
Teléfono Fijo		Hora inicio de la labor	
Numero de celular		Lugar	
Dirección domicilio		Municipio	
Cargo		Qué produjo el evento	
Fecha ingreso a la empresa		Tipo de lesión (Trauma, Golpe, Herida, Fractura, Esguince)	
Salario Dependencia		Parte del cuerpo afectada	

### 3. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:

---

---

---

---

---

### 4. TESTIGO (S) (si existen TESTIGO (S) visuales del evento):

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN REPORTA:

\_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

FIRMA COMO ENTERADO EL JEFE INMEDIATO \_\_\_\_\_



## REPORTE INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL

**NOTA:** Estos datos facilitan la notificación telefónica y la elaboración del informe del Accidente laboral, este reporte lo deben enviar por Chat y/o escaneado por correo electrónico o hacerlo llegar a la Coordinación del Sistema de Gestión en SSTA.

**Recuerde: LOS INCIDENTES NO SE REPORTAN A LA ARL, LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SSTA LES HACE SEGUIMIENTO.**

### **QUE HACER EN CASO DE INCIDENTE LABORAL**

1. Avisar al jefe inmediato y si no se encuentra informar a un miembro del COPASST de la dependencia a la que usted pertenece a la mayor brevedad posible.
2. Suministrar los datos del evento con el fin de diligenciar el formato P34-1 **INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL**.
3. Enviar a SSTA el formato de reporte de **INCIDENTE o ACCIDENTE LABORAL** por correo electrónico y luego original, en un lapso de tiempo en el cual se pueda reportar: 48 horas hábiles.

### **QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL**

1. Avisar al jefe inmediato a la mayor brevedad posible.
2. Suministrar los datos del accidente al jefe y si no se encuentra informar a un miembro del COPASST de la dependencia a la que usted pertenece a la mayor brevedad posible.
3. El jefe Inmediato o miembro del COPASST de la dependencia a la que usted pertenece debe llamar a la **Línea Efectiva de ARL COLMENA:**  
Administradora de Riesgos Laborales, en **Medellín 444 1246 y el resto del País 018000919667.**  
Detrás del carné de ARL COLMENA están estos teléfonos.  
En esta línea informan el centro de atención más cercano para la atención médica.
4. Enviar a SSTA el formato de Reporte de Incidente o Accidente Laboral, para elaborar la radicación del **Formato del Reporte del Presunto Accidente Laboral** (lapso de tiempo para Radicar el accidente es de 48 horas hábiles en la línea de ARL COLMENA).
5. Cuando sea A.T (transito), debe dirigirse al centro asistencial más cercano para su atención, ya que el SOAT será quien atienda el evento y este tiene cobertura a nivel nacional.



Todo es Fomento

## FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES

RESOLUCION 1401 DE 2007

### DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE

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

### OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE INVESTIGACIÓN : SSTA, JEFE INMEDIATO Y COPASST)

### DIBUJO O FOTOS (ANEXAR)

### DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ÁRBOL DE CAUSAS

### RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES



Todo es Forretería

## FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES RESOLUCION 1401 DE 2007

### MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS

CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION
	FUENTE	MEDIO	PERSONA			SI	NO	

### PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

NOMBRE	CARGO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA DD/MM/AA	HORA _/_	FIRMA DOC IDENTIF

REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_ FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

PROFESIONAL EN SSTA \_\_\_\_\_ LICENCIA NO \_\_\_\_\_ EXPEDIDA POR \_\_\_\_\_ FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DE TRABAJO (En caso de accidente grave o mortal)



Todo en Ferrería

## LECCIÓN APRENDIDA DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

ORIGEN DE LA LECCION:	INCIDENTE LABORAL	ACCIDENTE LABORAL	ENFERMEDAD LABORAL
-----------------------	-------------------	-------------------	--------------------

### DATOS DEL INCIDENTE, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

Fecha	Sede	Lugar	Tipo de Lesion	Parte del cuerpo afectada

### DESCRIPCIÓN DE COMO SUCEDIÓ EL EVENTO (QUE PASO ?)

Empty space for describing the incident.

### CAUSAS BASICAS E INMEDIATAS ¿POR QUE PASO ?

CONDICIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS (Ambiente Locativo)	ACTOS INSEGURAS IDENTIFICADOS (Colaborador)

### RECOMENDACIONES PARA PREVENIR ESTE TIPO DE INCIDENTES, ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES

Empty space for recommendations.

COLABORADOR:	CARGO	FECHA ELABORACIÓN
VALIDADO POR:	CARGO	LICENCIA

**¡ CUIDÁNDOTE , NOS CUIDAMOS !**





## CINCO MINUTOS DE SEGURIDAD

TEMA:	INSTRUCTOR:
	FECHA:

--	--

COLABORADOR:	
VALIDADO POR:	
LICENCIA	

<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTOS BASICOS	<input type="checkbox"/> EJEMPLOS
--	-----------------------------------



## FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL

### 1. DATOS DE LA EMPRESA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL			SEDE PRINCIPAL. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		CÓDIGO
(1) EMPLEADOR <input type="checkbox"/>	(2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/>	(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> No.		
DIRECCIÓN			TELÉFONO	FAX	
CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)					
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		PROCESO		ZONA/LUGAR	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		

### 2. DATOS DEL COLABORADOR A QUIEN SE LE DIAGNOSTICÓ LA ENFERMEDAD LABORAL

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO □□ □□ □□□□		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.		GÉNERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN			TELÉFONO	CIUDAD	
CARGO	OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO OCUPACIÓN	ANTIGÜEDAD DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO (EN DÍAS Y MESES) □□□□ □□□□		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA □□ □□ □□□□		SALARIO U HONORARIO MENSUAL		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> TURNOS <input type="checkbox"/>	
ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	

### 3. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD LABORAL

DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE 10			
HA SIDO CALIFICADA LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL (PCL) SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			PORCENTAJE % DE PCL			
FECHA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO □□ □□ □□□□		FECHA DE CALIFICACIÓN EN PRIMERA OPORTUNIDAD □□ □□ □□□□		ENTIDAD QUE CALIFICA EN PRIMERA OPORTUNIDAD		
FECHA DE LA CALIFICACIÓN DEFINITIVA □□ □□ □□□□		ENTIDAD QUE CALIFICA DE MANERA DEFINITIVA				
¿LA ENFERMEDAD LABORAL HA GENERADO INCAPACIDADES MÉDICAS TEMPORALES? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿ÁNTOS DÍAS EN TOTAL <input type="text"/>						
INDICADORES DE LA ENFERMEDAD LABORAL A LA FECHA DE LA INVESTIGACIÓN: INCIDENCIA <input type="text"/> EVALUENCIA <input type="text"/>						
OTRAS ENFERMEDADES PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS			CÓD CIE 10	LABORAL	COMÚN	EN ESTUDIO
DIAGNÓSTICO 1						
DIAGNÓSTICO 2						
DIAGNÓSTICO 3						
DIAGNÓSTICO 4						
DIAGNÓSTICO 5						

**4. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD**

FACTOR DE RIESGO ASOCIADO	¿EXISTE SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---------------------------	--

INDIQUE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS CUALES HA ESTADO EXPUESTO EL TRABAJADOR Y QUE SE ENCUENTRAN RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD. INDIQUE TIEMPO DE EXPOSICIÓN SEGÚN SE TRATE DE LA EMPRESA ACTUAL O EMPRESAS ANTERIORES.

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN EN EMPRESA O CONTRATO ACTUAL	TIEMPO DE EXPOSICIÓN EN EMPRESAS O CONTRATOS ANTERIORES
BIOMECÁNICO			
BIOLÓGICO			
FÍSICO			
QUÍMICO			
PSICOSOCIAL			
CONDICIONES DE SEGURIDAD			

**5. INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES DE SALUD**

¿SE DETECTÓ LA ENFERMEDAD O LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS ASOCIADOS EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES? Marque con una X sí o no, según sea el caso.

(1) Evaluación médica de ingreso sí  Evaluación médica periódica sí No  (3) Evaluación médica de egreso sí No

Si se detectó la enfermedad o se reportaron síntomas, indique la fecha de la evaluación médica        
 Describa el resultado de esta evaluación:

DESCRIBA OTRAS VALORACIONES MÉDICAS QUE CONSIDERE RELEVANTES PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL RESULTADO RESPECTIVO

TIPO DE EXAMEN (Ingreso, control, periódico, egreso)	FECHA DEL EXAMEN			RESULTADO DEL EXAMEN
	D	M	A	

¿SE DETECTÓ LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS A TRAVÉS DE ENCUESTAS DE MORBILIDAD DESTINADAS PARA TAL FIN? SI  NO   
 SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE LA FECHA EN LA QUE SE REALIZÓ LA ENCUESTA

**6. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O EL FACTOR DE RIESGO ASOCIADO**

En caso de que cualquiera de los siguientes se hubiera realizado, debe citarse, anotar la fecha de su realización y el resultado

TIPO DE MONITOREO	SI	NO	FECHA			TIPO - CUÁLES	RESULTADO
			D	M	A		
(1) Mediciones ambientales							
(2) Indicadores Biológicos							
(3) Estudios de puestos de trabajo							
(4) Otros							

**7. INFORMACIÓN RELACIONADA CON MEDIDAS DE CONTROL**

¿De acuerdo a la jerarquía de medidas de controles se realizó alguna intervención del riesgo? SÍ  NO

MEDIDA DE PROTECCIÓN	SI	NO	FECHA			DESCRIBA LA MEDIDA DE CONTROL
			D	M	A	
(1) Eliminación						
(2) Substitución						
(3) Controles de Ingeniería						
(4) Controles Administrativos						
(5) Elementos de protección personal						

EL TRABAJADOR (A) RECIBIÓ CAPACITACIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD SÍ  NO

Describe temáticas y fechas de capacitación

**8. OBSERVACIONES DEL EQUIPO INVESTIGADOR**

Escriba aquí observaciones y datos adicionales que considere relevantes para la investigación

**9. IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS**

Describe en orden cronológico los posibles factores causales que desencadenaron la enfermedad laboral desde el ingreso del trabajador

**10. IDENTIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Mencione las medidas de control necesarias y priorizadas para disminuir la probabilidad de que se repita la enfermedad en otro trabajador (a)

MEDIDA DE CONTROL	TIPO DE CONTROL			Fecha Intervención			Fecha Verificación			RESPONSABLE
	FUENTE	MEDIO	PERSONA	D	M	A	D	M	A	

**11. RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA

¿SE ANEXAN DOCUMENTOS A ESTA INVESTIGACIÓN? SÍ  NO  ¿ÁLES?

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL