|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **1. TIPO DE REPORTE** | **CONSECUTIVO** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Incidente |  |  | 4 | Accidente severo |  |
| 2 | Accidente leve |  |  | 5 | Accidente fatal |  |
| 3 | Accidente moderado |  |  | 6 | Accidente múltiple |  |

|  |
| --- |
| **2. INFORMACIÓN GENERAL** |
| Fecha de ocurrencia del evento | Día de la semana | Hora |
| **Día:** | **Mes:** | **Año:** | **LUN** | **MAR** | **MIE** | **JUE** | **VIE** | **SAB** | **DOM** |  | **AM** | **PM** |
| Jornada laboral del evento | Zona donde ocurre el evento | Lesionados en el evento |
| Normal |  | Extra |  | Urbana |  | Rural |  | Otra |  | **SI** | **NO** | Cuántos |  |
| Estaba en su Labor habitual  | **SI** | **NO** | ¿Cuál?: |
| Describa la dirección detallada del lugar del evento: |
| Nombre(s) del jefe(s) inmediato(s) a quién reportó el hecho: |
| Se brindó atención por la autoridad de tránsito | **SI** | **NO** | ¿Cuál?: |
| Descripción del procedimiento de tránsito: |
| Lugar al que fue trasladado el vehículo:  |
| Se realizó acompañamiento al vehículo | **SI** | **NO** | Se entregó con inventario | **SI** | **NO** |
| Nombre del responsable:  |

|  |
| --- |
| **3. DATOS DEL CONDUCTOR Y EL VEHÍCULO IMPLICADOS** |
| Nombre del conductor: |  |
| Resultó lesionado | **SI** | **NO** | Área a la que pertenece: |  |
| Dirección del conductor: |  | Teléfono |  |
| Licencia N°:  | Categoría:  | vencimiento | **Día:** | **Mes:** | **Año:** |
| Vehículo (tipo):  | Marca:  | Modelo:  | Placa:  |
| Hora de inicio de labores:  |  | Hora de ocurrencia del evento |  |
| Servicio al cual está asignado el vehículo  |
| Aseo |  | Acueducto |  | Alcantarillado |  | Otro: |  | Cuál:  |
| Velocidad a la que circulaba: | Ocupantes: |
|  |
| **4. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EVENTO** |
| **DESCRIBA COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:**  |
| **CAUSA(S) DEL ACCIDENTE (DIRECTAS E INDIRECTAS), (INDIQUE SI HUBO CONDICIONES ADVERSAS, AMBIENTALES O ACCIONES DE PERSONAS):** |
| **ESTIMACIÓN DEL RIESGO** |
| **Tipo De Evento** | **Observación** | **Severidad del Evento** | **Observación** |
| Choque |  |  | Lesionados |  |  |
| Colisión |  |  | Fatal |  |  |
| Atropello |  |  | Solo daños |  |  |
| Volcamiento |  |  | Vehículo no operativo |  |  |
| Caída ocupante |  |  | Pérdida total |  |  |
| Incendio |  |  | Daños infraestructura |  |  |
| Otro |  |  | Otro |  |  |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES (si las hay)** |
| **Naturaleza de la lesión** |
| Sin lesión aparente |  |  | Reacción alérgica |  |  | Intoxicación |  |
| Laceraciones |  |  | Quemadura |  |  | Contusión |  |
| Heridas |  |  | Desgarro |  |  | Insolación  |  |
| Esguince |  |  | Fractura |  |  | Hernias |  |
| Luxación |  |  | Amputación |  |  | Otro |  |
| Parte del cuerpo afectada: |  |
| **LESIONADOS** |
| **N°** | **NOMBRE** | **DIRECCION** | **TELEFONO** |
| 1 |  |  |  |
| TIPO DE LESIÓN: |
| 2 |  |  |  |
| TIPO DE LESIÓN: |
| 3 |  |  |  |
| TIPO DE LESIÓN: |  |
| **TESTIGOS DEL ACCIDENTE** |
| **NOMBRE** | **CÉDULA** | **TELÉFONO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nota:** Anexar en hoja aparte los testimonio de los testigos debidamente refrendados |
| ¿Se practicó examen de alcoholemia?:  | **SI** | **NO** | Resultados | Positivo | + | Negativo | **-** |
| ¿Si se practicó; dónde se realizó?: |
| ¿El examen fue voluntario?: Obligatorio: |
| ¿Hubo procedimiento policial?: | **SI** |  | **NO** |  |
| Causas del evento según el Informe Policial de accidentes de Tránsito IPAT: |
| Unidad en la que se dejó constancia: |
|  |
| **5. DAÑOS: Personas, vehículos o infraestructura afectada por el vehículo de la empresa** |
| **Físicos** | **Cantidad** |  | **Materiales** | **Cuál** |  | **Vehículo Propio** | **Cuál** |
| Funcionarios |  |  | Maquinaria |  |  | Parte delantera |  |
| Contratistas |  |  | Vehículos |  |  | Parte trasera |  |
| Comunidad |  |  | Cableados |  |  | Parte lateral |  |
| Estudiantes |  |  | Instalaciones |  |  | Parte mecánica |  |
| Animales |  |  | Fachadas |  |  | Parte eléctrica |  |
| Otros |  |  | Otros |  |  | Otros |  |
| **SI HUBO DAÑOS MATERIALES, DESCRIBALOS:** |
| **6. CAUSAS DEL HECHO DE TRÁNSITO** |
| **Factor** | **Observación** |
| Humano |  |  |
| Condición del vehículo |  |  |
| Carencia, mal estado o mal uso de EPP |  |  |
| Inadecuada ejecución de los procedimientos |  |  |
| Condiciones del entorno |  |  |
| Falta de capacitación |  |  |
| Falta de políticas preventivas de SV |  |  |
|  |
| **7. AMPLIACIÓN INFORME ACCIDENTE (Evidencias, versiones, fotografías etc…)** |
|  |
|  |
| **8. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **9. MEDIDAS CORRECTIVAS PROPUESTAS PARA INTERVENIR LAS CAUSAS** |
| **Actividades** | **Responsable** | **Fecha de Realización** | **Fecha de Seguimiento** | **Cumplimiento (%)** |
|  |  | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |  |
|  |  | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |  |
|  |  | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |  |
|  |  | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |  |
|  |  | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |  |

|  |
| --- |
| **INFORME PARA REPORTAR A:** |
| **Entidad** | **SI** | **NO** | **N/A** |  | **Entidad** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| Área de SG-SST |  |  |  |  | ARL |  |  |  |
| Aseguradora |  |  |  |  | Órgano de Control-PESV |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EQUIPO INVESTIGADOR** |
| **Nombre** | **Cédula** | **Cargo** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| **INFORME ELABORADO POR:****NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TP N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **INFORME REVISADO POR:****NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TP N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |