
	REPORTE INCIDENTES, ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Código	SIG-FT-24
		Versión	01
		Fecha	23/05/2019
Página 1 de 1			
Fecha: dd / mm / aaaa	Hora: hh / mm	Lugar de Trabajo:	
Peligro evidenciado:			
Fuente generadora del peligro:			
Área de trabajo donde ocurrió:			
Mecanismo de control sugerido:			
Nombre de quien reporta (Opcional):			
CLASIFICACIÓN DEL EVENTO			
Casi accidente: evento que podría ocasionar una lesión a las personas o daño a la propiedad <input type="checkbox"/>	Comportamiento inseguro: Conducta que va en contra de la seguridad. <input type="checkbox"/>	Condición Insegura: Condición física del área de trabajo que podría ocasionar una lesión a las personas o daño a la propiedad <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS			
MEDIDAS DE CONTROL REALIZADAS (Espacio para SST)			
Nombre responsable del control:			
Nombre de quien recibe el reporte			
Firma			
Seguimiento: Corregido? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

	REPORTE INCIDENTES, ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Código	SIG-FT-24
		Versión	01
		Fecha	23/05/2019
Página 1 de 1			
Fecha: dd / mm / aaaa	Hora: hh / mm	Lugar de Trabajo:	
Peligro evidenciado:			
Fuente generadora del peligro:			
Área de trabajo donde ocurrió:			
Mecanismo de control sugerido:			
Nombre de quien reporta (Opcional):			
CLASIFICACIÓN DEL EVENTO			
Casi accidente: evento que podría ocasionar una lesión a las personas o daño a la propiedad <input type="checkbox"/>	Comportamiento inseguro: Conducta que va en contra de la seguridad. <input type="checkbox"/>	Condición Insegura: Condición física del área de trabajo que podría ocasionar una lesión a las personas o daño a la propiedad <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS			
MEDIDAS DE CONTROL REALIZADAS (Espacio para SST)			
Nombre responsable del control:			
Nombre de quien recibe el reporte			
Firma			
Seguimiento: Corregido? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			