|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACIÓN BÁSICA** | | | | | |
| FECHA: dd/mm/aaaa | HORA: hh/mm | Sede: | | | |
| Peligro □ | Acto Inseguro □ | | Condición insegura □ | | Incidente □ |
| Lugar: |  | | Nombre del funcionario/a  contratista |  | |
| Requiere acción inmediata □ | | | | | |
| 1. **DESCRIPCION DEL PELIGRO / ACTO / CONDICIÓN** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO POR PARTE DEL TRABAJADOR O TESTIGO IMPORTANTE** | |
| Declaración del trabajador accidentado: | |
| **DIAGRAMA DE FLUJO DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | |
| Qué |  |
| Cómo |  |
| Cuando |  |
| Dónde |  |
| Porqué |  |
| ¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir? | |
| Firma: | |