|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN BÁSICA**
 |
| FECHA: dd/mm/aaaa | HORA: hh/mm | Sede:  |
| Peligro □ | Acto Inseguro □ | Condición insegura □ | Incidente □ |
| Lugar: |  | Nombre del funcionario/acontratista |  |
| 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:  |