

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE</b>				<b>SSTA-F-02</b>	
	<b>REPORTE INTERNO DE INCIDENTES - ACCIDENTES DE TRABAJO Y AMBIENTALES, Y ENFERMEDAD LABORAL</b>				<b>Fecha</b> 17/11/2017	<b>Versión</b> 3
<b>TIPO DE EVENTO REPORTADO</b> ( Marque con una x )						
Incidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente Ambiental <input type="checkbox"/> Incidente Ambiental <input type="checkbox"/> Enfermedad Laboral <input checked="" type="checkbox"/>						
<b>INCIDENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO</b>						
<b>PERSONAL INVOLUCRADO</b> ( Marque con una x )						
Amariño <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/>						
Nombre del Trabajador		Identificación		Empresa Contratista		
Fecha de Nacimiento		Cargo	Jornada		Salario	
Fecha de ingreso a la Obra		EPS	AFP		ARL	
<b>INCIDENTE /ACCIDENTE AMBIENTAL</b>						
Amariño <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/>						
Empresa Contratista o Proveedor		Actividad Comercial del Contratista o Proveedor				
Tipo de Accidente		Derrame <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Emisión de gases <input type="checkbox"/>	Causa	Natural <input type="checkbox"/> Antrópica <input type="checkbox"/>
Elemento Afectado		Suelo <input type="checkbox"/>	Aire <input type="checkbox"/>	Agua <input type="checkbox"/>	Área afectada	Afectación a la Comunidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso de derrame		Producto derramado		Cantidad de producto derramado (gal)		
En caso de emisión de gases		Gas liberado		Volumen de gas liberado		
<b>ENFERMEDAD LABORAL</b>						
<b>PERSONAL INVOLUCRADO</b> ( Marque con una x )						
Amariño <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>						
Nombre del Trabajador		Identificación		Empresa Contratista		
Fecha de Nacimiento		Cargo	Jornada		Salario	
Fecha de ingreso a la Obra		EPS	AFP		ARL	
Fecha de calificación		Diagnostico		Entidad que califica enfermedad		
<b>DATOS DEL EVENTO</b>						
<b>FECHA Y HORA DEL EVENTO</b>			<b>LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO REPORTADO</b>		<b>PERSONA QUE REPORTA</b>	
DD	MM	AAAA			Nombre :	
HH:MM		am pm			Cargo:	
					Firma :	
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO</b>						
<b>2. ACCIONES INMEDIATAS</b>						
<b>NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LAS ACCIONES INMEDIATAS</b>						
<b>FIRMA</b>						
<b>DATOS DE ENTREGA DEL REPORTE</b>						
<b>FECHA Y HORA DE ENTREGA DEL REPORTE</b>			<b>PERSONA QUE RECIBE EL REPORTE</b>			
DD	MM	AAAA	Nombre			
HH:MM		a.m. ____ p.m. ____	Cargo			
			Firma			