

No Tarjeta	_____	Personal Propio	<input type="checkbox"/>
Fecha	____/____/____	Contratistas	<input type="checkbox"/>
ÁREA, LUGAR	_____		
NOMBRE - PROYECTO	_____		
NOMBRE(S) DE PERSONAS INSPECCIONADAS			

ACTOS INSEGUROS

Violación de distancias de seguridad	<input type="checkbox"/>	No Uso de E.P.P.	<input type="checkbox"/>
Trabajo bajo condiciones de lluvia o humedad alta	<input type="checkbox"/>	No uso equipos de protección contra caídas	<input type="checkbox"/>
Trabajo bajo condiciones de alicoramiento o sustancias psicoactivas	<input type="checkbox"/>	No realizar los análisis de riesgo	<input type="checkbox"/>
Trabajo de personal sin las competencia específica " certificados de altura"	<input type="checkbox"/>	Bromas o juegos pesados en durante la ejecución de labores	<input type="checkbox"/>
Trabajo sin el numero de personas minima requerida	<input type="checkbox"/>	No señalar el sitio de trabajo	<input type="checkbox"/>

CONDICIONES INSEGURAS / ASPECTOS AMBIENTALES

Orden y Limpieza en el lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	Instalaciones locativas	<input type="checkbox"/>
Superficies o estructuras Defectuosas	<input type="checkbox"/>	Vehículos	<input type="checkbox"/>
Herramientas	<input type="checkbox"/>	Equipos de alturas y elementos de protección personal	<input type="checkbox"/>
Derrames de líquidos o sustancias peligrosas	<input type="checkbox"/>	Sustancias Químicas	<input type="checkbox"/>
Instalaciones eléctricas	<input type="checkbox"/>	Otros (Describa)	<input type="checkbox"/>

REPORTE DE INCIDENTES

INCIDENTE RELACIONADO CON EL TRABAJO INCIDENTE RELACIONADO CON EL AMBIENTE

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE, ACTO O CONDICIÓN INSEGURA

CALIFICACIÓN DEL POTENCIAL DE DAÑO INCIDENTE, ACTO Y/O CONDICIÓN INSEGURA

ALTO	Podría ocasionar la muerte o enfermedad grave, como (No uso de EPP's y equipos de protección contra caídas o en mal estado, violación de distancias de seguridad, no diligenciamiento del análisis de trabajo seguro)
MEDIO	Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. Fugas y/o derrames de sustancias químicas con afectación interna. (No se genera impacto sobre el vertimiento).
BAJO	Podría ocasionar lesiones menores sin incapacidad, enfermedad leve o daños menores. Comportamiento "NO" seguro con el medio ambiente.

ESTE AUTOREPORTE DE DILIGENCIARSE SIEMPRE QUE EL TRABAJADOR CONSIDERE QUE SU ESTADO DE SALUD NO ES EL OPTIMO PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES NORMALES

SIGNOS Y SINTOMAS POR SISTEMA

SISTEMA NERVIOSO (dolor de cabeza, migrañas, hormigueos en extremidades, alteraciones del sueño, pérdida de conciencia, mareos, pérdida del equilibrio)	<input type="checkbox"/>
OJOS: (conjuntivitis, picazón, resequeadad, lagrimeo, dolor, cuerpos extraños, visión borrosa)	<input type="checkbox"/>
OÍDOS: (Pérdida de capacidad auditiva, cuerpos extraños, dolor, presencia de sonidos y/o secreciones en el oído).	<input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATORIO (Tos fuerte, asma, Hemorragias nasales, congestión nasal)	<input type="checkbox"/>
SISTEMA DIGESTIVO: (diarrea, dolor abdominal, gastritis)	<input type="checkbox"/>
SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Dolores musculares, Dolores Articulares, Fracturas, Esguinces, Hernias.	<input type="checkbox"/>
AFECCIONES GRAVES EN LA PIEL: (Irritaciones, cortaduras, quemaduras, alergias)	<input type="checkbox"/>

DERECHO A REHUSARSE A REALIZAR UN TRABAJO INSEGURO
 (SE DEBE DILIGENCIAR SI SE PRESENTA ALGUNA DE LAS CONDICIONES QUE PRESENTAN A CONTINUACIÓN)

Existe una condición peligrosa para sí mismo o para sus compañeros de trabajo. (Ausencia de EPP)	<input type="checkbox"/>
La operación de un equipo, el uso de una herramienta o instrumento presentan un peligro para sí mismo o para sus compañeros de trabajo.	<input type="checkbox"/>
Existe una violación de la legislación vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo o de las normas internas de la empresa	<input type="checkbox"/>

ACCIONES INMEDIATAS TOMADAS Y/O RECOMENDACIONES

Firma de quien ejecuta la inspeccion u observación _____

Firma coordinador o lider _____