

SSD-003

REPORTE DE INCIDENTE

Documente los hechos. Preserve la evidencia. Identifique las causas y evite que se repita.

Proyecto / Cliente		Núm. de Reporte de Incidente	
Ubicación del Incidente		Fecha del Incidente	
Empleador / Empresa		Hora del Incidente / Turno	Hora: _____ ☐ Día ☐ Noche
Actividad que se Realizaba		Fecha del Reporte	
Reporte Preparado por		Seguridad / Riesgos / RR. HH.	

1 Información del Incidente Complete de inmediato los hechos conocidos; marque los datos desconocidos para seguimiento.

2 Persona(s) Lesionada(s)	3 Información de Testigos
Nombre: _____ Empleador / Puesto: _____ Núm. de contacto: _____ Estado de lesión: ☐ Ninguna ☐ Primeros auxilios ☐ Atención médica Tratamiento / centro médico: _____ Personas lesionadas adicionales adjuntas: ☐ Sí ☐ No	Nombre: _____ Empleador / Puesto: _____ Núm. de contacto: _____ Declaración obtenida: ☐ Sí ☐ No Entrevistado por: _____ Fecha / hora: _____ Testigos adicionales adjuntos: ☐ Sí ☐ No Otro: _____

4 Clasificación del Incidente Seleccione todo lo que corresponda y registre la severidad real o potencial.

TIPO	Lesión / enfermedad	Casi Accidente	Daños a la propiedad	Ambiental	Seguridad física / otro
NIVEL	Menor / primeros auxilios	Registrable / moderado	Tiempo perdido / grave	Cambio permanente de vida / mayor	Fatalidad / catastrófico

Clasificación: **LESIÓN / ENFERMEDAD** **CASI ACCIDENTE** **DAÑOS A LA PROPIEDAD** **AMBIENTAL / OTRO**

Severidad: Menor - primeros auxilios o impacto limitado. Registrable / moderado - tratamiento médico, trabajo restringido o daños materiales.

Grave - tiempo perdido, hospitalización, daños mayores o derrame. Crítico - fatalidad, lesión que altera la vida o evento catastrófico.

5 Descripción de los Hechos Registre la secuencia objetivamente. Distinga los hechos observados de las suposiciones.

#	HORA / SECUENCIA	EVENTO / ACCIÓN / HECHO OBSERVADO	CONDICIONES / FACTORES CONTRIBUYENTES	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO	FUENTE / PERSONA
1				O/T/D/ F	O/T/D/ F	
2				O/T/D/ F	O/T/D/ F	
3				O/T/D/ F	O/T/D/ F	
4				O/T/D/ F	O/T/D/ F	
5				O/T/D/ F	O/T/D/ F	
6				O/T/D/ F	O/T/D/ F	
7				O/T/D/ F	O/T/D/ F	

Clave de Evidencia: O = Observado T = Testimonio D = Documento F = Foto / video

Recordatorio del reporte: Preserve la escena cuando sea seguro, proporcione atención, controle los peligros presentes, recopile evidencia urgente y evite asignar culpas. Use páginas o anexos adicionales cuando necesite más espacio.

6 Detalles de Lesión/Enfermedad | 7 Daños a Equipo/Propiedad

6 Detalles de Lesión/Enfermedad	7 Daños a Equipo/Propiedad
☐ Sin lesión / enfermedad ☐ Primeros auxilios ☐ Tratamiento médico ☐ Trabajo restringido ☐ Días fuera del trabajo ☐ Fatalidad Parte del cuerpo: _____ Naturaleza de la lesión: _____ Proveedor de tratamiento: _____ Fecha / hora del tratamiento: _____ Núm. de caso / reclamación: _____ Caso privado / acceso restringido: ☐ Sí ☐ No Otro: _____	☐ Sin daños a equipo / propiedad Propietario: _____ Equipo / propiedad: _____ Núm. de activo / serie: _____ Descripción del daño: _____ Costo estimado: _____ Retirado de servicio / asegurado: ☐ Sí ☐ No Fotografías adjuntas: ☐ Sí ☐ No Núm. de reparación / reclamación: _____ Impacto ambiental: ☐ Ninguno ☐ Sí Cantidad / material derramado: _____ Disposición / almacenamiento: _____ Otro: _____

8 Acciones Correctivas Inmediatas

Responsable de Acción Inmediata / Núm.		Respuesta Médica / Centro Médico	
Escena Asegurada por		Ubicación / Área Aislada	
¿Se Llamó a Servicios de Emergencia?	☐ No ☐ Sí - agencia / reporte: _____	¿Peligro Presente Controlado?	☐ Sí ☐ No - explique: _____
Acción Correctiva Provisional		Persona Responsable / Vencimiento	Nombre: _____ Vence: _____

9 Análisis de Causa Raíz

☐ Personal / supervisión	☐ Procedimientos / planificación	☐ Equipos / herramientas	☐ Materiales / entorno
☐ Capacitación / competencia	☐ Comunicación	☐ Sistema de gestión	☐ Otro: _____

10 Fotografías/Evidencia

Preserve fotografías, videos, documentos, equipos, muestras, registros electrónicos, registros de capacitación, permisos y declaraciones pertinentes.

Registre quién recopiló cada elemento, cuándo y dónde se recopiló, dónde se almacena y toda transferencia de custodia. No altere ni deseche evidencia salvo que esté autorizado conforme a los requisitos de conservación y retención legal de la organización.

Elemento de Evidencia / Núm. de Foto		Fecha / Hora	
Descripción / Archivo / Lugar de Almacenamiento		Recopilado / Preservado por	

11 Notificaciones Registre las notificaciones internas y externas requeridas y los detalles de confirmación.

NOTIFICACIÓN	AGENCIA / CONTACTO	RESPONSABLE	VERIFICADO / CERRADO
Supervisor / Gerencia			
Seguridad / Riesgos / RR. HH.			
Cliente / Propietario / Seguro			
Autoridad Reguladora / de Emergencias			

12 Seguimiento de Acciones Correctivas: Asigne un responsable y fecha de vencimiento; verifique la eficacia antes del cierre.

Use una línea por acción. Las medidas provisionales permanecen vigentes hasta completar la acción correctiva permanente. El cierre confirma la implementación y revisión de eficacia; no exime ninguna obligación de reporte, médica, regulatoria, contractual ni de mantenimiento de registros.

ACCIÓN CORRECTIVA / RESULTADO REQUERIDO	RESPONSABLE	VENCE / COMPLETADO	VERIFICADO / CERRADO

13 Revisión del Supervisor | 14 Aprobación de la Gerencia | 15 Conservación del Registro

Revisión del Supervisor	☐ Completo ☐ Se requiere seguimiento	Fecha / Hora	
Aprobación de la Gerencia	☐ Aprobado ☐ Devuelto para seguimiento	Comentarios de Revisión / Aprobación	
Lugar / Plazo de Conservación del Registro		Aprobación Final / Cierre por	

IMPORTANTE: Este reporte apoya la documentación y el seguimiento de incidentes, pero no reemplaza la respuesta de emergencia, atención médica, reportes regulatorios, compensación laboral, notificación contractual, retención legal, privacidad ni obligaciones de mantenimiento de registros. El