

SSD-004

# REPORTE DE CASI ACCIDENTE

Reporte el Casi Accidente. Corrija las causas. Prevenga lesiones, enfermedades, daños o pérdidas.

|                              |  |                                   |                                                                         |
|------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Proyecto / Cliente           |  | Núm. de Reporte de Casi Accidente |                                                                         |
| 2 Ubicación                  |  | 3 Fecha                           |                                                                         |
| Empresa / Empleador          |  | 3 Hora / Turno                    | Hora: _____ <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche |
| Tarea / Actividad            |  | Fecha / Hora del Reporte          |                                                                         |
| 4 Información del Reportante |  | Supervisor / Revisor              |                                                                         |

**1 Información del Casi Accidente** Documente de inmediato los hechos conocidos; marque los datos desconocidos para seguimiento.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4 Información del Reportante</b><br>Nombre: _____<br>Empleador / Puesto: _____<br>Contacto / Correo Electrónico: _____<br>Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico<br>Reporte anónimo solicitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Declaración del reportante adjunta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <b>5 Testigos</b><br>Nombre: _____<br>Empleador / Puesto: _____<br>Contacto / Correo Electrónico: _____<br>Declaración obtenida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Entrevistado por: _____<br>Fecha / hora: _____<br>Testigos adicionales adjuntos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Otro: _____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**7 Consecuencias Potenciales** Evalúe el resultado más creíble si el evento no se hubiera interrumpido.

| RESULTADO POTENCIAL | Lesión / enfermedad | Daños a la propiedad | Derrame ambiental | Interrupción operativa            | Público / otro           |
|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| SEVERIDAD POTENCIAL | Menor               | Moderada             | Grave             | Mayor / cambio permanente de vida | Fatalidad / catastrófico |

**Resultado potencial:** LESIÓN / ENFERMEDAD DAÑOS A LA PROPIEDAD AMBIENTAL OPERATIVO / OTRO

**Severidad potencial:** Menor - impacto limitado. Moderada - tratamiento médico, trabajo restringido o daños materiales. Grave - tiempo perdido, hospitalización, daños mayores o derrame. Crítica - fatalidad, lesión que altera la vida o evento catastrófico.

## 6 Descripción del Casi Accidente Registre la secuencia objetivamente. Distinga los hechos observados de las suposiciones.

| # | HORA / SECUENCIA | CASI ACCIDENTE / HECHO OBSERVADO | CONDICIONES / ACCIONES / FACTORES CONTRIBUYENTES | FUENTE      | RESULTADO POTENCIAL | TESTIGO / FUENTE |
|---|------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------------------|------------------|
| 1 |                  |                                  |                                                  | O/T/D/<br>F | O/T/D/<br>F         |                  |
| 2 |                  |                                  |                                                  | O/T/D/<br>F | O/T/D/<br>F         |                  |
| 3 |                  |                                  |                                                  | O/T/D/<br>F | O/T/D/<br>F         |                  |
| 4 |                  |                                  |                                                  | O/T/D/<br>F | O/T/D/<br>F         |                  |
| 5 |                  |                                  |                                                  | O/T/D/<br>F | O/T/D/<br>F         |                  |
| 6 |                  |                                  |                                                  | O/T/D/<br>F | O/T/D/<br>F         |                  |
| 7 |                  |                                  |                                                  | O/T/D/<br>F | O/T/D/<br>F         |                  |

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

Recordatorio de Casi Accidente: Controle los peligros presentes, preserve la evidencia pertinente, recopile los hechos urgentes y evite asignar culpas. Use páginas o anexos adicionales cuando necesite más espacio.

## 9 Condiciones Inseguras | Actos Inseguros

| 9 Condiciones Inseguras                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Actos Inseguros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orden y limpieza / acceso<br><input type="checkbox"/> Guardas / barreras<br><input type="checkbox"/> Condición del equipo<br><input type="checkbox"/> Herramientas / materiales<br><input type="checkbox"/> Iluminación / visibilidad<br><input type="checkbox"/> Clima / entorno<br><input type="checkbox"/> Disponibilidad / condición del EPP<br><input type="checkbox"/> Procedimiento / planificación<br><input type="checkbox"/> Comunicación / coordinación<br><input type="checkbox"/> Capacitación / competencia<br><input type="checkbox"/> Otro: _____<br>Detalles de la condición: _____<br>Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Procedimiento no seguido<br><input type="checkbox"/> Posición insegura / línea de fuego<br><input type="checkbox"/> Uso inadecuado de herramienta / equipo<br><input type="checkbox"/> Protección anulada / desactivada<br><input type="checkbox"/> Falta de atención / distracción<br><input type="checkbox"/> Velocidad / apresuramiento<br><input type="checkbox"/> Falla de comunicación<br><input type="checkbox"/> Operación no autorizada<br><input type="checkbox"/> Otro: _____<br>Detalles de la conducta: _____<br>Por qué pareció razonable en ese momento: _____<br>Factores del sistema: _____<br>Otro: _____ |

## 8 Acciones Inmediatas Tomadas

|                                     |                                                                                    |                                    |                                                                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable de la Acción / Contacto |                                                                                    | Área / Equipo Asegurado            |                                                                                    |
| Peligro Controlado por              |                                                                                    | Ubicación / Área                   |                                                                                    |
| ¿Trabajo Detenido / Restringido?    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - detalles: _____<br>_____ | ¿Riesgo Inmediato Controlado?      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - explique: _____<br>_____ |
| Acción Inmediata Tomada             |                                                                                    | Responsable / Fecha de Vencimiento | Nombre: _____ Vence: _____<br>_____                                                |

## 10 Análisis de Causa Raíz

|                                                     |                                                         |                                                 |                                                |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personal / supervisión     | <input type="checkbox"/> Procedimientos / planificación | <input type="checkbox"/> Equipos / herramientas | <input type="checkbox"/> Condiciones / entorno |
| <input type="checkbox"/> Capacitación / competencia | <input type="checkbox"/> Comunicación / coordinación    | <input type="checkbox"/> Sistema de gestión     | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |

## 11 Acciones Correctivas y Preventivas

**Asigne acciones que eliminen o controlen las causas raíz y los factores contribuyentes. Incluya controles provisionales cuando la corrección permanente no pueda completarse de inmediato.**

Cada acción requiere un responsable, fecha de vencimiento, evidencia de finalización y verificación de eficacia. Escale las acciones vencidas o ineficaces y

revise el plan hasta que el riesgo esté controlado de manera aceptable.

|                                                 |  |                                    |  |
|-------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Acción / Medida Preventiva                      |  | Fecha / Hora                       |  |
| Resultado Requerido / Evidencia de Finalización |  | Responsable / Fecha de Vencimiento |  |

## 12 Revisión del Supervisor | 13 Aprobación de la Gerencia

Registre las decisiones de revisión, el escalamiento requerido y la autorización.

| REVISIÓN / APROBACIÓN               | REVISOR / APROBADOR | RESPONSABLE / REVISOR | ESTADO / FECHA |
|-------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------|
| 12 Revisión del Supervisor          |                     |                       |                |
| Supervisor / Revisor                |                     |                       |                |
| 13 Aprobación de la Gerencia        |                     |                       |                |
| Aprobación Adicional / Escalamiento |                     |                       |                |

## 14 Verificación de Seguimiento: Confirme que las acciones estén completas, sean eficaces y se mantengan antes del cierre.

Use una línea por elemento de seguimiento. Las medidas provisionales permanecen vigentes hasta completar la acción permanente. El cierre confirma la implementación y eficacia; no exime las obligaciones de reporte, regulatorias, contractuales ni de mantenimiento de registros.

| ELEMENTO DE SEGUIMIENTO / RESULTADO ESPERADO | RESPONSABLE / REVISOR | FECHA DE VERIFICACIÓN | ESTADO / FECHA |
|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |
|                                              |                       |                       |                |

## 15 Conservación del Registro

|                                               |                                                                                      |                                      |  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 12 Revisión del Supervisor                    | <input type="checkbox"/> Revisado <input type="checkbox"/> Se requiere seguimiento   | Fecha / Hora                         |  |
| 13 Aprobación de la Gerencia                  | <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Devuelto para seguimiento | Comentarios de Revisión / Aprobación |  |
| 15 Lugar / Plazo de Conservación del Registro |                                                                                      | Cerrado / Conservado por             |  |