|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de Empresa** | **PROCIMART, S.A. DE C. V** | **Registro No.** |  |
| **Tipo de Reporte** | **Accidente ( ) Incidente ( )** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL ACCIDENTADO** | | | | | |
| **Nombre** |  | | | | |
| **Domicilio** |  | | | | |
| **Núm. Seguro Social** |  | | **Edad** | |  |
| **Puesto** |  | | **Teléfono** | |  |
| **Antigüedad en empresa** |  | | **Antigüedad en el puesto** | |  |
| **INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE** | | | | | |
| **Fecha del Accidente** |  | | **Hora del Accidente** | |  |
| **Fecha de elaboración del reporte** |  | | | | |
| **Lugar preciso del accidente** |  | | | | |
| **Persona que se dio cuenta del accidente** |  | | | | |
| **Supervisor del personal accidentado** |  | | | | |
| **Día de la Semana** | **Tiempo Extra** | | | | |
| **Horas trabajadas hasta el momento del accidente** |  | | | | |
| **Tipo de Evento** |  | | |  | |
| **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE** | | | | | | |
| **Actividad realizada en el lugar del accidente** | |  | | | | |
| **Descripción detallada del accidente** | |  | | | | |
| **Elemento que causó la lesión** | |  | | | | |
| **Accidente ocurrido** | |  | | | | |
| **Partes del cuerpo lesionadas** | | Otros (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE ACCIDENTE** | | | | | | | |
|  | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **DETERMINACIÓN DE CAUSAS INMEDIATAS** | | | | | | |
| **Acción Insegura** | | **Condición Insegura** | | | | |
| ............................................................................................................ | | ……………………………………………………….................................   * Nota: subestándar (corresponde a insegura) | | | | |
| **DETERMINACIÓN DE CAUSAS BÁSICAS (CAUSA RAÍZ)** | | | | | | | |
| **Factores Personales** | | | **Factores del trabajo** | | | | |
|  | | |  | | | | |
| **MEDIDAS CORRECTIVAS** | | | | | | | |
| **Acción** | | | | **Responsable** | | **Fecha de Ejecución** | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
| **PÉRDIDA** | | | | | | | |
| **Tiempo perdido** |  | | **Tiempo de reposición de servicio** | | |  | |
| **Equipos o herramientas dañadas** |  | | | | | | |
| **REVISIÓN** | | | | | | | |
| **Nombre persona que investigó el accidente** |  | | | | | | |
| **Fecha de investigación** |  | | **Firma** | |  | | |
| **Prevención de Riesgos**  **Verificación del cumplimiento de las recomendaciones** |  | | | | | | |
| **Fecha de cierre** |  | | **Nombre y Firma** | |  | | |