



## REPORTE DE INCIDENTES DE TRABAJO

CÓDIGO	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSIÓN	PAGINA
FO-ST-15	16/01/14	05/03/18	1	1 de 1

Reporte N° (Asignación SST)	Lugar	Fecha del reporte	Fecha del evento	Hora del evento	Sitio de ocurrencia (Dependencia / área)
Descripción del evento o condición de riesgo: _____					
Información del lesionado:					
Nombre y apellidos: _____			Proceso: _____		
Vinculación:	Funcionario _____	Contratista: _____	Visitante: _____	Persona que Reporta: _____	



## REPORTE DE INCIDENTES DE TRABAJO

CÓDIGO	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSIÓN	PAGINA
FO-ST-15	16/01/14	05/03/18	1	1 de 1

Reporte N° (Asignación SST)	Lugar	Fecha del reporte	Fecha del evento	Hora del evento	Sitio de ocurrencia (Dependencia / área)
Descripción del evento o condición de riesgo: _____					
Información del lesionado:					
Nombre y apellidos: _____			Proceso: _____		
Vinculación:	Funcionario _____	Contratista: _____	Visitante: _____	Persona que Reporta: _____	