

	<b>GESTIÓN SEGURIDAD FÍSICA</b>	<b>GSF - FT - 01 VERSIÓN 01</b>
	<b>FORMATO REPORTE INCIDENTES</b>	<b>PAGINA 1 DE 1</b>

FORMATO REPORTE INCIDENTES			
DÍA			
MES			
AÑO			
HORA CONOCIMIENTO HECHO			
LUGAR DE LOS HECHOS			
ÁREA AFECTADA			
FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE DEL ÁREA	NOMBRES	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD			
ACCIÓN TOMADA			
<b>RELACIÓN ELEMENTOS</b>  <input type="checkbox"/> Perdidos <input type="checkbox"/> Dañados <input type="checkbox"/> Encendidos en horario no laboral <input type="checkbox"/> Ubicados en sitio no autorizado <input type="checkbox"/> Otros			
_____ Nombre y apellidos Cédula No. Cargo	OBSERVACIONES:		