

 VEBLINCO VEHICULOS BLINDADOS DE COLOMBIA LTDA	GESTIÓN INTEGRAL							
	REPORTE INICIAL DE ACCIDENTES Y/O INCIDENTES							
	Código	FO-GI039	Versión	01	Fecha	28/01/2021	Página	1

Marcar si es un: INCIDENTE LABORAL: _____ ACCIDENTE DE TRABAJO : _____ EVENTO VIAL : _____			
DATOS DEL AFECTADO:			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
No. DE IDENTIFICACION:			
TELÉFONO DEL TRABAJADOR:			
DIRECCION DEL TRABAJADOR:			
CARGO:			
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO:		JORNADA LABORAL:	D: ____ N: ____
HORARIO DE ENTRADA Y SALIDA			
JEFE INMEDIATO:			
SEDE:			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE:			
FECHA:			
HORA:			
LUGAR EXACTO DEL EVENTO OCURRIDO:			
¿HUBO TESTIGOS?		SI ☐ NO ☐	
SI SU RESPUESTA ES SI COLOQUE NOMBRE Y CARGO DEL TESTIGO			
Nombre:			
Cargo:			
Nombre de la persona a la que le reporta el evento:			
Cargo:			
INFORME DE ACCIDENTE O INCIDENTE:			
TAREA QUE REALIZABA:			
¿ES UNA TAREA HABITUAL PARA SU PUESTO?: SI ____ NO ____			
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE Y/O INCIDENTE:			
Que daño o lesión causó el casi accidente y /o incidente (tenga en cuenta lesiones personales y daños materiales):			
Que Parte(s) del cuerpo se afectó:			
¿Cómo se hubiese podido prevenir el accidente y/o incidente?:			
REPORTADO POR:			
Nombre:		Cargo:	Firma:
Hora:			Fecha: DD/MM/AAAA
_____ FIRMA DEL COLABORADOR AFECTADO			