
	FORMATO REPORTE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS			
VERSIÓN: 00	RESPONSABLE: SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	FECHA DE INICIO / ACTUALIZACIÓN: 02/05/2025	PG. 1 DE 2	CÓDIGO: SST-FOR-12

Fecha de reporte:			
Lugar de la condición o acto inseguro:			
DESCRIPCIÓN DEL ACTO INSEGURO			
CARACTERISTICAS DEL ACTO INSEGURO (marque con una X)			
No usar el equipo de protección personal		Usar el equipo incorrecto	
Operar sin autorización		Adoptar una posición incorrecta	
Operar a una velocidad inadecuada		Efectuar mantenimiento a equipo en movimiento	
Usar equipo defectuoso		Crear distracciones en el sitio de trabajo	
Trabajar bajo el efecto de sustancias psicoactivas		Colocarse debajo de cargas suspendidas	
Ignorar las condiciones de peligro		Otros:	
DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN INSEGURA			
CARACTERISTICAS DE LA CONDICIÓN INSEGURA (marque con una X)			
Equipos en mal estado		Carencia de sistemas de alarma	
Pisos en mal estado		Falta de orden y aseo	
No demarcar o asegurar áreas		Escases de espacio para trabajar	
Gases, polvos, humos, vapores		Almacenamiento	
Diseño de puestos de trabajo inseguros		Niveles de ruido excesivo	
Señalizaciones inadecuadas o deficientes		Iluminación o ventilación inadecuada	
Herramientas defectuosas		Otros:	
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN (marque con una X)			
Dar a conocer con anticipación el estado y las condiciones del sitio de trabajo			
Realizar los reportes correspondientes para seguir los conductos regulares de los ajustes			
Organizar los elementos de trabajo en el sitio correspondiente			

	FORMATO REPORTE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS			
VERSIÓN: 00	RESPONSABLE: SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	FECHA DE INICIO / ACTUALIZACIÓN: 02/05/2025	PG. 2 DE 2	CÓDIGO: SST-FOR-12

Solicitar el cambio de EPP o de herramientas que estén en mal estado				
Otros:				
ADICIONAR FOTOGRAFIA DEL ACTO O LA CONDICIÓN INSEGURA	SI		NO	

DESEA OBTENER RESPUESTA SOBRE SU REPORTE:	SI		NO	
---	----	--	----	--

Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie la siguiente información

Nombre de quien reporta:	
Correo electrónico:	
Celular:	
Dependencia a la que pertenece:	

CONTROL DE CAMBIOS				
Versión	Fecha	Elaboró	Revisó/Aprobó	Comentarios
00	02/05/2025	Subgerente Administrativa /Contratista de calidad	Comité de gestión y desempeño	Creación del documento