

## REPORTE DEL SUPERVISOR DE LESIÓN, ENFERMEDAD, O ACCIDENTE

Nombre del empleado lesionado		Puesto de trabajo	
Nombre del departamento		Supervisor	
Fecha de la lesión, enfermedad, o exposición	Hora de la lesión, enfermedad, o exposición	Fecha en la que se reportó	
Nombre de los testigos			

Tipo de lesión, enfermedad o accidente y todas las partes del cuerpo afectadas (cortada, torcedura, fractura, irritación, etc. en el dedo índice derecho, espalda baja, muñeca izquierda, etc.)

Equipo, materiales y/o productos químicos que utilizaba el empleado cuando se produjo la lesión, enfermedad, o suceso.

Actividad específica que realizaba el empleado cuando se produjo la lesión, enfermedad, o incidente.

¿Realizaba el empleado o empleados sus tareas habituales en el momento en que se produjo la lesión, enfermedad, o incidente? (Si su respuesta fue “No”, explique)

¿Cómo se produjo la lesión, enfermedad o incidente?

(Describa detalladamente los hechos que provocaron la lesión, enfermedad, o incidente. Utilice páginas adicionales si es necesario)

¿Se había notificado previamente al empleado los peligros asociados al incidente? (Explique)

¿Se ha incumplido alguna norma de seguridad?  sí  no Si la respuesta fue “Sí”, ¿cuál?

¿Qué acción correctiva evitará que se repita?

Estado de la acción correctiva:

¿Cuestiona la validez de este reclamo? (Si su respuesta fue “Sí”, explique)

¿Cómo es el desempeño laboral del empleado?		¿Cómo es la asistencia del empleado?	
Firma del supervisor	Firma del gerente	Firma de Recursos Humanos	
Fecha	Fecha	Fecha	

Entregar en la Oficina de Gestión de Riesgos en las 24 horas siguientes al conocimiento de la lesión, enfermedad, o incidente