

Utilice esta tarjeta para reportar cualquier condición insegura, acto inseguro relacionado con Seguridad y Salud en el Trabajo

**1. IDENTIFICACIÓN**

Fecha:

PERSONAL DE PLANTA       PROVEEDOR/CONTRATISTA       ESTUDIANTE       VISITANTE

Nombre Observador: \_\_\_\_\_ No. de Cédula : \_\_\_\_\_ No. celular : \_\_\_\_\_

**2. CLASIFICACIÓN**

**Condición Insegura:** Situación no controlada en la que objetos, equipos, máquinas, materiales, sustancias o animales pueden generar daños, accidentes o enfermedades.

- |   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Iluminación        | <input type="checkbox"/> Señalización             | <input type="checkbox"/> Orden y Aseo | <input type="checkbox"/> Animales Peligrosos    |
| <input type="checkbox"/> Temperatura        | <input type="checkbox"/> Vehículos                | <input type="checkbox"/> Ventilación  | <input type="checkbox"/> Sustancias Químicas    |
| <input type="checkbox"/> Terreno/Superficie | <input type="checkbox"/> EPP                      | <input type="checkbox"/> Radiaciones  | <input type="checkbox"/> Equipos y Herramientas |
| <input type="checkbox"/> Otros              | <input type="checkbox"/> Proc. Seguros de Trabajo | <input type="checkbox"/> Eléctrico    | <input type="checkbox"/> Gases, Humos, Vapores  |

Especifique: \_\_\_\_\_

**Acto Inseguro:** Acción o práctica potencialmente peligrosa que una persona realiza y que pudiera provocar lesiones o daños así mismo o a otras personas.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Higiene Postural          | <input type="checkbox"/> Falta de comunicación | <input type="checkbox"/> Falta de planeación |
| <input type="checkbox"/> Desplazamiento inadecuado | <input type="checkbox"/> Uso de EPP            | <input type="checkbox"/> Otro                |

Especifique: \_\_\_\_\_

**3. LUGAR**

Áreas Comunes       Áreas Administrativas       Áreas Académicas

ESPECIFIQUE EL LUGAR EJEM: OFICINA, SALÓN DE CLASE, LABORATORIO, CAFETERÍA, ALMACÉN, BAÑOS, PASILLO, ETC

**4. DESCRIPCIÓN SEGÚN LO OBSERVADO**


**5. INTERVENCIÓN POSITIVA (Acción realizada por el observador)**


Una vez diligenciado este documento, remítalo al área de Seguridad y Salud en el Trabajo Fe\_3, Ext. 2090 - 2590 ó al correo sst@uniandes.edu.co

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

Con su reporte usted contribuye a: • Prevenir accidentes o incidentes. • Procurar el bienestar de la Comunidad Uniandina