UNIVERSIDAD SANTO TOMAS PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA	**REPORTE DE CONDICIONES DE TRABAJO**		
Código: 3010-F-614	**Versión:** 01	**Emisión:** 03 - 07 - 2014	**Página** 1 **de** 1

CONSECUTIVO N°:

1. DATOS DE QUIEN REPORTA:

NOMBRE: CARGO:

LUGAR: FECHA: DD MM AA HORA:

2. CONDICIÓN: IDENTIFIQUE LA CONDICIÓN QUE GENERA EL EVENTO:

ACTO INSEGURO CONDICIÓN PELIGROSA INCIDENTE

CONDICIÓN AMBIENTAL INSPECCIÓN ACCIDENTE

3. DESCRIPCIÓN DEL REPORTE: REALICE UNA DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ACONTECIMIENTO QUE VA A REPORTAR.

4. PRIORIDAD DE MANEJO:

ALTA MEDIA BAJA

5. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN:

6. RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN:

NOMBRE: CARGO: FECHA: DD MM AA

FAVOR ENTREGAR ESTE FORMATO COMPLETAMENTE DILIGENCIADO AL COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL