



INSTRUCTIVO OPERATIVO PARA EL REGISTRO,
CONTROL Y CALIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE
TRABAJO

Vigente a partir de

Día	Mes	Año

**Jefatura de Relaciones Laborales y
Servicios al Personal:
Presente.**

**ANEXO V ITL-3
REPORTE DE SEGURIDAD**

Empresa: _____
 Centro de Trabajo: _____ Clave: _____
 Nombre del trabajador(a): _____ Ficha: _____
 Categoría de base: _____ Nivel: _____
 Categoría en el momento de la lesión: _____ Nivel: _____
 Regimen Contractual: _____ Jornada: _____
 Fecha en que ocurrió la lesión: ____/____/____ a las ____:____ hrs.
 Departamento de adscripción del trabajador(a): _____
 Departamento o área donde ocurrió: _____
 Relato de la forma en que ocurrió la lesión:

De las condiciones del trabajo

Actividad que desarrollaba al momento de lesionarse: _____
 Esta actividad tiene relación con su categoría? _____
 Fue ordenada por el Jefe inmediato? _____
 Parte del cuerpo afectada: _____ Causa directa o factor preponderante _____
 Condición insegura: _____ Acto Inseguro _____
 ¿Quién le ordenó el trabajo?: _____
 De qué manera se le ordenó el trabajo: Escrita ____ Verbal ____ Es una actividad rutinaria ____

_____ Fecha	_____ Nombre, ficha y firma del jefe de departamento	_____ Nombre, ficha y firma del jefe del área donde ocurrió la lesión
Original - Jefatura de Relaciones Laborales y Servicios al Personal C.E. - Departamento de adscripción del trabajador lesionado Departamento de seguridad (o quien haga sus funciones) Departamento donde se lesionó el trabajador Comisión Local Mixta de Seguridad e Higiene		_____ Nombre, ficha y firma del jefe del área de seguridad (o quien haga sus funciones)

El presente formato deberá llenarse en un lapso de 24 horas después de haber ocurrido el evento.

Campo de llenado exclusivo por la Jefatura de Relaciones Laborales y Servicios al Personal

Número del accidente: ____/____/____
Clave de Empresa / Clave C.T. / Consecutivo Hoja 1 de 1