



FORMULARIO RELEVAMIENTO DE ACCIDENTES - OPERADOR

F-CORP-GO-CP-01/V2-05-2018

CÓDIGO	NOMBRE OPERADOR	PATIO ASIGNADO	CEL/OPERADOR

FECHA DEL ACCIDENTE			HORA DEL ACCIDENTE		PARADA CERCANA	NÚMERO DE MÓVIL
DD	MM	AA	HH	MM		
RUTA				SERCON		ASISTIDO EN VIA
						si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

LUGAR EXACTO DONDE SE DIO EL ACCIDENTE				
Corregimiento	Barrio	Calle	Lugar de referencia	Sentido de trayecto
				Hacia la ciudad <input type="checkbox"/>
				Retornando de la ciudad <input type="checkbox"/>

CLASE DE EVENTO
Percance <input type="checkbox"/>
Incidente <input type="checkbox"/>
Accidente con heridos <input type="checkbox"/>
Fatalidad <input type="checkbox"/>

ESPECIFIQUE SI HUBO DAÑOS A TERCEROS U OBJETOS AFECTADOS
Animal <input type="checkbox"/>
Objeto Fijo <input type="checkbox"/>
Personas <input type="checkbox"/>
Vehiculos <input type="checkbox"/>
No hubo daños <input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA OCURENCIA DEL EVENTO

FECHA	FIRMA