



REPORTE DE SEGURIDAD OPERACIONAL VOLUNTARIO

R-SG-SMS-02

Fecha de Emisión: 08/22

Fecha de Revisión: 08/22

Revisión: 00

- Para nuestra Organización es muy importante contar con reportes de sucesos que afecten la Seguridad Operacional.
 - La información que usted consigne aquí será utilizada únicamente con ánimo investigativo del evento, no punitivo de quien lo reporta ni de los presuntos implicados, a menos que conlleve declaraciones violatorias, o de carácter criminal o penal.
- La información correspondiente a las áreas señaladas con asterisco (*) es obligatoria.**

Identificación de quien reporta (Si usted lo desea este documento puede ser diligenciado sin identificación (anónimo). La información sobre identificación será útil para efectos de retroalimentar a quien reporta sobre la gestión de riesgos que se de a partir de su reporte.)

Nombre y apellido: _____ (OPCIONAL)
 Correo electrónico: _____ Empresa donde labora: _____

Quién reporta es: *

- | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Piloto o copiloto | <input type="checkbox"/> Auxiliar servicios a bordo | <input type="checkbox"/> Auxiliar en tierra | <input type="checkbox"/> Mecánico | <input type="checkbox"/> Despachador |
| <input type="checkbox"/> Señalero | <input type="checkbox"/> Bombero aeronáutico | <input type="checkbox"/> Personal de rampa | <input type="checkbox"/> Personal de Security (AVSEC) | |
| <input type="checkbox"/> Personal ATC | <input type="checkbox"/> Personal AIS/COM/MET | <input type="checkbox"/> Pasajero o cliente | <input type="checkbox"/> Inspector | <input type="checkbox"/> Contratista |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

Si usted no corresponde a ninguno de los perfiles por favor marque la casilla correspondiente a "Otro" y en el espacio contiguo indique cual.

Lugar o componente del sistema: Identificación del lugar o del elemento del sistema afectado por el evento reportado *

Área en la que se desarrollo el evento *

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plataforma | <input type="checkbox"/> Calle de Intersección | <input type="checkbox"/> Pista | <input type="checkbox"/> Terminal |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Motivo del presente reporte. *

Factores Ambientales:

- Baja / poca visibilidad en aeródromo
- Fuentes luminosas elevadas - incandescencia
- Meteorología adversa
- Obstáculos en aproximación

Factores de Comunicaciones:

- Coordenadas erradas
- Uso de fraseología no estandar

Factores relativos a Defensa:

- Ayudas visuales para aterrizaje no adecuadas
- Deficiencias/fallas en simulacro de emergencia
- Falla en equipos de apoyo de aeródromo

Factores de Capacidad:

- Carencia / insuficiencia de capacidad en plataforma
- Carencia / insuficiencia de capacidad en pista

Factores de Diseño:

- Configuración / Diseño de aeródromo complicado
- Congestión en plataforma
- Contaminación de pista (agua, caucho, etc.)
- Dificultad en área de maniobras
- Instalaciones de aeródromo no aptas para aeronave
- Objeto extraño encontrado en calle de intersección
- Objeto extraño encontrado en pista
- Objeto extraño encontrado en plataforma
- Obras civiles en aeródromo
- Obstáculos dentro de aeródromo
- Señalización vertical/horizontal defectuosa/ inexistente

Factores de Personal:

- Maniobra / acción riesgosa

Factores Normativos de Supervisión o relativos a AVSEC:

- Almacenamiento inadecuado de mercancías peligrosas
- Carga incorrecta de combustible de Equipos Tierra
- Carga incorrecta de mercancías peligrosas
- Fallas o carencia de supervisión
- Vehículos no autorizados en plataforma
- Vehículos no autorizados en pista

Factores Derivados de procesos Organizacionales:

- Demoras en itinerarios
- Documentación operacional deficiente

Factores Técnicos:

- Interrupción de alimentación de energía eléctrica

Otro. (Por favor describalo en Observaciones)

Frecuencia de ocurrencia del evento reportado *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No sabe, es la única vez que lo ha visto | <input type="checkbox"/> Ocasional - Probable que ocurra algunas veces (ha ocurrido infrecuentemente) |
| <input type="checkbox"/> Extremadamente improbable (Casi inconcebible que el evento ocurra) | <input type="checkbox"/> Frecuente - Probable que ocurra muchas veces (ha ocurrido frecuentemente) |
| <input type="checkbox"/> Improbable (Muy improbable que ocurra (no se conoce que haya ocurrido) | <input type="checkbox"/> Permanente - Ocurre absolutamente todos los días |
| <input type="checkbox"/> Remoto - Improbable, pero es posible que ocurra (ocurre raramente) | |

Observaciones y sugerencias

Por favor escriba información adicional que considere relevante para el estudio del caso y/o sugerencias para corregir el asunto reportado.
