|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS: |  |
| UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE: |  |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  |
| CARGO |  |

|  |
| --- |
| **TESTIMONIO SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO** |

|  |
| --- |
| Dentro de este formato relate detalladamente lo que observo y conteste las siguientes preguntas |
|
| ¿Qué, cómo, cuándo y dónde sucedió?  ¿Por qué sucedió?  ¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?  Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente (observaciones) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ROL | NOMBRE Y APELLIDOS | CEDULA | FIRMA |
| Nombre del(a) accidentado(a) o testigo |  |  |  |
| Nombre de quien tomó la versión: |  |  |  |