|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TESTIMONIO DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO POR EL TRABAJADOR** | Fecha del incidente o accidente | Fecha de testimonio |
| DD | MM | AAA | DD | MM | AAA |
| Tipo de documento | CC |  | TI |  | CE |  | No. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS:  |
| ¿Qué, como, cuando y donde sucedió? |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ¿Por qué sucedió? |
|  |
|  |
|  |
| ¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir? |
|  |
|  |
|  |
| Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente: |
|  |
|  |
|  |
|  Firma: |
| **TESTIMONIO DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO POR LOS TESTIGOS** | Fecha del incidente o accidente | Fecha de testimonio |
| DD | MM | AAA | DD | MM | AAA |
| Tipo de documento | CC |  | TI |  | CE |  |  | No. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS  |
| ¿Qué, como, cuando y donde sucedió? |
|  |
|  |
|  |
| ¿Por qué sucedió? |
|  |
|  |
|  |
| ¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir? |
|  |
|  |
|  |
| Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente: |
|  |
|  |
|  |
|   Firma: |