

Código: FI-SISTAP-01
Fecha: 09/08/2021
Versión: 00
Documentación inicial



FICHA DE INCIDENTE

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres: _____ Apellidos: _____
Área de trabajo: _____
Cargo : _____

DATOS DEL INCIDENTE

Fecha: _____ Hora: _____
Estaba en su puesto: Sí No
Lugar donde Ocurrió el incidente: _____
Forma en que se produjo: _____

Que produjo el incidente: _____
Hubo testigo: Sí No En caso de ser afirmativo , especifique: _____

OBSERVACIÓN: Describa con sus palabras como ocurrió el incidente

Firma: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____

