

MINISTERIO DEL TRABAJO
DIRECCION GENERAL DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO
SISTEMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO
DECLARACION DE NO OCURRENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO
(ANEXO NO. 3)

DATOS DE LA EMPRESA

Código de la empresa	
Nombre de la empresa:	
Dirección de la Empresa:	

DATOS DEL MES A REPORTAR

Mes y año a reportar:	mes	año
Número de trabajadores por sexo:	Hombres	Mujeres
Total trabajadores:		

DATOS DEL LUGAR DE NO OCURRENCIA

Departamento	
Municipio:	

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre y apellidos	
Cargo en la empresa:	
Fecha de declaración:	(día/mes/año)
Firma y sello de la empresa:	