1. INFORMACION DEL CENTRO DE TRABAJO			
Nombre ó Razón Social del Centro de Trabajo:	NIT. **860.062.846 - 1**	Teléfono	Sucursal ó Sede
Dirección	Municipio		Departamento

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL ®

ACTA de Notificación No. _____

Fecha de Notificación: _____
Nombres y Apellidos de quien notifica: _____
No. De Identificación de quien notifica: _____
Tipo de Situación Notificada: _____
_____
_____
_____

Hora Inicio Notificación: __:__ Horas de la _____

RELACIONE LA SITUACIÓN PRESENTADA EN EL CENTRO DE TRABAJO CON LAS PERSONAS INVOLUCRADAS Y LOS TESTIGOS QUE EVIDENCIAN EL HECHO:

RELACIÓN DE PERSONAL DE TESTIGOS:

APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACION	CARGO

Quien Notifico el Evento: **Cargo:** **Cc.:**

RESPONSABLE DEL RECIBO DE LA NOTIFICACION

Responsable de la Notificación del Evento **Cargo:** **Cc.:**