|  |
| --- |
| **I. Marque con una X según corresponda** |
| **Testigo del accidente** |  | **Trabajador accidentado** |  |
| **Nombre del testigo del accidente:** |
| **Número de identificación:**  | **Cargo:**  |

**Si es testigo del accidente, continúe en el ítem IV. Descripción del accidente.**

|  |
| --- |
| **II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ**  |
| **Tipo de Vinculación:** |
| **Centro de trabajo o sede donde labora:** |
| **EPS** (entidad promotora de salud) |  |
| **AFP** (Fondo de Pensión) |  |
| **Primer Apellido:**  | **Segundo Apellido:**  |
| **Nombres:**  |
| **No. de Identificación:**  | **Fecha de Nacimiento:** |
| **Dirección Domicilio:**  |
| **Teléfono Domicilio:** | **Número Celular:** |
| **Departamento:**  | **Ciudad:**  | **Zona:** |
| **Labor que desempeña:**  | **Tiempo de Ocupación Habitual al Momento del Accidente:** |
| **Fecha de Ingreso a la institución-UT:** | **Salario u Honorarios (mensual):** |
| **Jornada de Trabajo del día del accidente:**  |

|  |
| --- |
| **III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE** |
| **Departamento de Ocurrencia:**  | **Municipio de ocurrencia:**  |
| **Fecha del Accidente:**  | **Hora del Accidente:**  |
| **Tiempo laborado antes del accidente:**  |
| **Jornada en la que sucede:** |
|  **¿Estaba Realizando su Labor Habitual? SI\_\_ NO\_\_** |
| **Tipo de Accidente:**  | **El Accidente Generó Muerte: SI\_\_ NO\_\_** |
| **Departamento de Ocurrencia:** | **Ciudad de ocurrencia:** |
| **Lugar donde Ocurrió el Accidente:**  |
| **Sitio de Ocurrencia:** |
| **Tipo de Lesión:** |
| **Parte del Cuerpo Aparentemente Afectada:** |
| **Agente del Accidente** (con qué se lesionó)**:** |
| **Mecanismo o Forma del Accidente:**  |
| **Personas que Presenciaron el Accidente** (testigo ocular)**: SI\_\_ NO \_\_** |
| **Nombre** | **Identificación** | **Cargo** |
|   |   |   |
|   |   |   |

|  |
| --- |
| **IV. Descripción del accidente (Descripción detallada):** *por favor inicie indicando tiempo (fecha y hora), modo (como ocurren los hechos) y lugar donde ocurre es accidente. Sea lo más preciso posible.* |
|  |

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha y hora:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teniendo claridad en la implicación disciplinaria Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) como aparece al pie de mi nombre; hago constar que lo detallado en mi versión del presunto accidente de trabajo, ocurrido en la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Los hechos relatados en este documento corresponden a la realidad y podrán ser verificados por mi empleador o autoridad competente. De igual manera asumo todas las consecuencias disciplinarias, laborales y jurídicas en caso de que dicha información no sea verídica. Lo anterior conforme a Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.10.