|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.