|  |
| --- |
| FECHA Y HORA DE DILIGENCIAMIENTO |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS: |  |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  |
| NUMERO DE CONTACTO |  |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO |  |
| EPS |  |
| FONDO DE PENSIONES |  |
| ARL |  |
| CARGO |  |
| UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE: |  |
| NOMBRE DE JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR |  |

|  |
| --- |
| **TESTIMONIO SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO** |
| Dentro de este formato relate detalladamente lo que observo y conteste las siguientes preguntas para realizar la investigación del accidente de trabajo para dar cumplimiento a la resolución 1401 del 2007 “Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo”. |

|  |
| --- |
| 1. Lugar donde ocurrió el accidente, zona del cuerpo donde tuviste la lesión. |
|  |
| 1. Hora en que ocurre el accidente, hora en que inició labores o actividades en la gestión de IDARTES |
|  |
| 1. ¿Qué, cómo, cuándo y dónde sucedió, como ocurre? |
|  |
| 1. ¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir? |
|  |
| 1. ¿Por qué sucedió? |
|  |
| 1. Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente (observaciones) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ROL | NOMBRE Y APELLIDOS | CÉDULA | FIRMA |
| Nombre del(a) accidentado(a) o testigo |  |  |  |
| Nombre de quien tomó la versión: |  |  |  |