LUGAR Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REF: DECLARACIÓN DE EXISTENCIA DE LESIÓN PERSONAL QUE CAUSÓ INCAPACIDAD TEMPORAL SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (Decreto 1290 de 2008-Ley 418 de 1997)**

Atención al Radicado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado (a) con cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro bajo la gravedad de juramento que el día \_\_ del mes \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sufrí lesiones personales con ocasión del conflicto armado interno, consistentes en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que me generaron incapacidad temporal desde la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; sin embargo, manifiesto que no cuento con la certificación médica en la cual se establezcan los días de incapacidad que me produjo la lesión, debido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En constancia se firma a los \_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en el Punto de Atención/Centro regional/Jornada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

Huella del Notificado

C.C:

Lugar de Expedición:

Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXOS:**

**Anexo 1:** Control de cambios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| V1 | 03/11/2016 | Creación del formato |
| V2 | 10/06/2019 | Este formato pasa de estar asociado al procedimiento de Documentación para el acceso a la medida de indemnización Administrativa, a estar relacionado al procedimiento de Toma de solicitud de indemnización administrativa. |