|  |
| --- |
| 1. **DATOS**
 |
| **Fecha:**  |
| **Nombre del trabajador:** |
| **Identificación:**  | **Expedida en:** |
| **Razón social:**  | **NIT:** |
| **Dirección:** | **Teléfono:**  |
| **Tiempo en la empresa:** |
| **Cargo:** |
| **Tiempo en el cargo:** |
| **ARL:** | **EPS:** | **AFP:** |
| 1. **ORIGEN (Marque con una X)**
 |
| **ACCIDENTE DE TRABAJO**  | **ENFERMEDAD LABORAL**  | **COMÚN** |
| **Fecha de ocurrencia/diagnóstico: DD/MM/AA** |
| 1. **CRITERIO DE REMISIÓN PARA REHABLITACIÓN**
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre de quien reporta:** |
| **Cargo:** |
| **Firma :** |