|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 :** |