0. Fecha de radicación		
Día	Mes	Año

compensar | eps salud

Solicitud de Servicios de Medicina Laboral

I. ORIGEN DEL EVENTO

Enfermedad Laboral ☐ **Accidente de trabajo** ☐ **Fondo de Pensiones** ☐

Con el fin de dar trámite a la solicitud, por favor diligenciar el siguiente formato:

II. INFORMACIÓN TRABAJADOR Y EMPLEADOR

Nombres y apellidos del trabajador	Tipo de identificación T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.D. ☐	Número

T.I.: Tarjeta de Identidad • C.C.: Cédula de Ciudadanía • C.E.: Cédula de Extranjería • NIT: Número de Identificación Tributaria • P.A.: Pasaporte • C.D.: Carne Diplomático • S.C.: Salvoconducto de Permanencia • P.D.: Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas.

Administradoras	ARL	AFP

Dirección Residencia	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Nombre de la empresa	Nit

Actividad Económica	Ciudad/Municipio	Direccion de la empresa

Cargo actual del trabajador	Fecha de ingreso

Meses de antigüedad en el cargo	Fecha de retiro	Meses de antigüedad en la empresa

Nombre de la persona contacto empresa	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

III. CARGOS Y FUNCIONES

Original: EPS Copia 1: Trabajador Copia 2: Empleador

FOR-MEL-001

VIGILADO SuperSubsidio

Si la solicitud es para calificación de origen por accidente de trabajo y no presenta el reporte del accidente, por favor relate como ocurrió el accidente, amplié los hechos:

IV. VERSIÓN ESCRITA ACCIDENTE DE TRABAJO

Si el origen es accidente de trabajo, por favor relate como ocurrió el accidente, amplíe los hechos:

Versión escrita del presunto accidente de trabajo por parte del trabajador	Fecha del Accidente | Día | Mes | Año

"Yo _____ con documento de identidad número _____ declaro que los diagnósticos o accidentes objeto de la solicitud de calificación no ha sido calificados por otra entidad previamente ni cuentan con procesos ante las juntas de calificación de invalidez (Artículo 2.2.5.1.30 del Decreto 1072 de 2015). En caso de que exista doble calificación tendrá validez el primer dictamen expedido por entidades competentes para tal fin y que haya sido debidamente notificado a todas las partes interesadas."

La siguiente información es de obligatorio diligenciamiento:

V. AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA Y TRÁMITE ANTE EL FONDO DE PENSIONES

En desarrollo del articulo 34 de la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, la Sentencia T-980 de 2008 y demás normas vigentes, autorizo expresamente a _____ y demás entes del Sistema General de Seguridad Social encargados de la calificación del origen, pérdida de capacidad laboral y trámite ante el Fondo de Pensiones para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados.

Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de mi Historia Clínica y disponer de esta para los fines pertinentes.

25. Nombres y apellidos	26. Firma y número de identificación

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4400870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383