

0. Fecha de radicación		
Día	Mes	Año

## 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. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> S.C. <input type="checkbox"/> P.D. <input type="checkbox"/>		Número
<small>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.</small>				
Administradoras	ARL	AFP		
Dirección Residencia		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Nombre de la empresa				Nit
Actividad Económica				
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

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

### III. 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

**La siguiente información es de obligatorio diligenciamiento:**

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

En desarrollo del artículo 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

Copia 2: Empleador

Copia 1: Trabajador

Original: EPS

FOR-MEL-001

VIGILADO SuperSubsidio