CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
SECCIÓN DE TRÁMITE DE RIESGOS PROFESIONALES

SOLICITUD PARA EL TRÁMITE DEL PAGO POR ACCIDENTE DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL

SOLICITUD _____

FECHA DE LA SOLICITUD _____ DÍA _____ MES _____ AÑO

1. NOMBRE DEL ASEGURADO _____
2. No. DE CÉDULA /PASAPORTE _____ 3. No. DE SEGURO SOCIAL _____
4. DIRECCIÓN ACTUAL DEL ASEGURADO _____
5. No. DE TELÉFONO DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR _____ 6. No. CELULAR _____
7. CORREO ELECTRÓNICO _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Hora del Accidente _____ A.M / P.M

FECHA DEL ACCIDENTE _____ DÍA _____ MES _____ AÑO

8. ¿SE ATENDIÓ EL MISMO DÍA DEL ACCIDENTE?
   SÍ ☐
   NO ☐ → EXPLIQUE ¿POR QUÉ RAZÓN? _____

9. ¿EN QUÉ FECHA REPORTÓ EL ACCIDENTE A SU SUPERVISOR/JEFE?
   _____ DÍA _____ MES _____ AÑO
10. NOMBRE DEL SUPERVISOR/JEFE A QUIEN LE REPORTÓ EL ACCIDENTE _____
11. ¿DÓNDE RECIBIÓ LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA? _____
12. ¿CÓMO SE TRASLADÓ HASTA LA ENTIDAD? _____
13. ¿FUE NECESARIA SU HOSPITALIZACIÓN?
    NO ☐
    SÍ ☐ → ¿DÓNDE FUE HOSPITALIZADO? _____
    → ¿CUÁNDO LE DIERON SALIDA? _____ DÍA _____ MES _____ AÑO
14. ¿LA CAUSA DEL ACCIDENTE HA GENERADO DENUNCIA O DECLARACIÓN ANTE ALGUNA AUTORIDAD COMPETENTE?
    NO ☐ SÍ ☐ → ¿ANTE QUÉ AUTORIDAD? _____
15. EN CASO DE SER NEGADA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR, ¿AUTORIZA LA EJECUCIÓN DEL CÁLCULO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS?
    SÍ ☐ NO ☐ FIRMA _____

PARA USO INTERNO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

16. INDIQUE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

_____

FIRMA DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE RECIBE

No. CÉDULA / PASAPORTE DEL ASEGURADO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE RECIBE

AGENCIA ADMINISTRATIVA DONDE DESEA COBRAR

AGENCIA ADMINISTRATIVA DE RECIBO