



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD OCUPACIONAL
INFORME DE RECAÍDA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS DEL ASEGURADO		
El Señor (a) _____		
Cédula de Identidad / Pasaporte N° _____		
Seguro Social N° _____		Sufrió:
Teléfono _____	Celular: _____	1. Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico: _____		2. Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>

DATOS DEL RIESGO PROFESIONAL Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL INICIAL			
El Riesgo Profesional Inicial ocurrió en la fecha:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DIA	MES	AÑO
¿Hasta qué fecha fue su última incapacidad, relacionada con este accidente?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DIA	MES	AÑO

DATOS DE LA RECAÍDA ACTUAL			
Fecha de la recaída:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DIA	MES	AÑO
Último día laborado:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DIA	MES	AÑO
¿Hasta qué hora laboró?	<input type="text"/>	A.M. / P.M.	
¿Qué horario laboraba al momento de presentar la recaída?	De <input type="text"/> a <input type="text"/> De <input type="text"/> a <input type="text"/>		
¿Qué día(s) libre(s) tenía en la semana de la recaída?	_____		
Total de horas laborables por semana:	<input type="text"/>	Horas	
Forma de pago	<input type="checkbox"/> semanal	Salario: <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> quincenal		
	<input type="checkbox"/> mensual		

DESCRIBA LA(S) CIRCUNSTANCIA(S) DE LA RECAÍDA:

NOTA: LLENAR EN CASO DE QUE EL EMPLEADO HAYA TENIDO CAMBIO DE EMPRESA:

Por haber dejado de laborar en la Empresa _____, no podemos informar sobre lo ocurrido.

La empresa le reconoció el periodo de incapacidad del

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hasta el	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO

Empresa: _____ N° Patronal: _____

Nombre del Autorizado: _____ Prima de Riesgos Profesionales: _____

Firma del Autorizado: _____

PARA USO DE LA AGENCIA ADMINISTRATIVA		Sello de la Agencia Administrativa	
Verificación de la morosidad: _____ (si aplica)			
Nombre del Funcionario que recibe: _____			
Firma del Funcionario que recibe: _____			
Fecha: <input type="text"/>			
	DIA	MES	AÑO