**CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD OFERENTES**

**ARL XXX**

**NIT: XXX**

Certifica que la empresa XXXXXXXX identificada con NIT XXXXXXX tiene cobertura y se encuentra afiliada desde el DD/MM/AAAA con la ARL XXXX, con número de afiliación XXXXXX.

La empresa XXXXXX presentó los siguientes datos de accidentalidad en los periodos comprendido entre el DD/MM/AAAA y el DD/MM/AAAA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **AÑO ANTERIOR** | **AÑO EN CURSO** |
| Total, Horas laboradas por año |  |  |
| Promedio de trabajadores afiliados por año |  |  |
| Número total de accidentes de trabajo (AT) |  |  |
| Número de AT con incapacidad mayor (>) a 1 día |  |  |
| Número de AT que no generaron incapacidad |  |  |
| Número de casos de fatalidad por accidente de trabajo (AT) |  |  |
| Número de accidentes de trabajo graves |  |  |
| Total, número de días perdidos por accidente de trabajo AT |  |  |
| Índice de Frecuencia |  |  |
| Índice de severidad |  |  |
| Número de días cargados por muerte, invalidez o incapacidad permanente parcial |  |  |

La presente solicitud se expide en la ciudad de XXXXXX, a los XX días del mes de XXXX del año XXXX

Cordialmente,

**Datos del representante de la ARL que expide el documento**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Nombres y apellidos: XXXXXXX

Cargo: XXXXXXX

Teléfono: XXXXXXX