aguas de Barrancabermeja SA E.S.P	SISTEMA DE GESTION	**Código:** CON-FR-019 **Página:** 1 de 2 **Version:** 6
	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INICIO DE CONTRATO	**Vigente a partir de:** 2021-12-06

LISTA DE CHEQUEO PARA EL INICIO DE CONTRATO DE SEGUROS 121-2026

OBJETO:	CONTRATAR LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO REQUERIDA PARA GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA EMPRESA AGUAS DE BARRANCABERMEJA S.A E.S.P.
VALOR DEL CONTRATO:	NOVENTA Y UN (91) DIAS CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO
PLAZO DEL CONTRATO:	SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 70.000.000,00). IVA EXCLUIDO
CONTRATISTA:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A
INTERVENTOR:	N.A.
SUPERVISOR:	REINALDO GOMEZ RODRIGUEZ

DOCUMENTOS ENTREGADOS POR LA ENTIDAD CONTRATANTE			
DOCUMENTO	REQUIERE (S/N)	RECIBIDO	OBSERVACIONES
PLIEGOS DE CONDICIONES	N		
ADENDAS	N		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.	N		
PROPUESTA TECNICA Y ECONOMICA DEL PROPONENTE GANADOR	N		
ESPECIFICACIONES TECNICAS	N		
PLANOS	N		
CONTRATO	N		
REGISTRO PRESUPUESTAL	N		
GARANTIAS Y CERTIFICADO DE APROBACIÓN	N		
MANUAL DE INTERVENTORIA	N		
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. - GES-IN-001 INSTRUCTIVO ATS - CIRCULAR 001 ESTABLECER DIRECTRICES PARA APLICACIÓN DEL SG-SST EN LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y EN EJECUCIÓN. - PGI-IN-001 INSTRUCTIVO 3 QUÉ - PGI-MN-002 MANUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO AGUAS DE BARRANCABERMEJA SA ESP - PGI-MN-003 ESTÁNDARES SST PARA CONTRATISTAS	N		
AMBIENTAL. - GES – MN – 001 -MANUAL DE GESTIÓN AMBIENTAL PARA EJECUCIÓN DE OBRAS Y/O ACTIVIDADES. - PGI – GU – 002 GUÍA TÉCNICA PARA LA IDENTIFICACION EVALUACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES.	N		
PROCEDIMIENTOS DE LIQUIDACION DE CONTRATOS. - GJU-PR-001 DECLARATORIA DE SINIESTRO - GJU-PR-002 LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	N		
INVENTARIOS GIN-PR-001 INGRESO Y ENTREGA DE BIENES	N		
DOCUMENTOS ENTREGADOS POR LA INTERVENTORIA Y/O CONTRATISTA			
DOCUMENTO	REQUIERE (S/N)	RECIBIDO	OBSERVACIONES
LICENCIAS Y/O PERMISOS (Permiso de Ocupación y Rotura de Vías – Cierres parciales o totales de vías, licencias de operación vigente, Licencia de funcionamiento vigente expedida por la Superintendencia de vigilancia y seguridad privada), cuando aplique)	N		

LISTA DE CHEQUEO PARA EL INICIO DE CONTRATO DE SEGUROS 121-2026

ORGANIGRAMA DEL GRUPO TRABAJO DE OBRA	N		
ANALISIS DE PRECIOS UNITARIOS (APU)	N		
REVISIÓN DE APU POR PARTE DEL INTERVENTOR / SUPERVISOR	N		
REVISIÓN DE HOJAS DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA CORRECTAMENTE DILIGENCIADAS Y SUS SOPORTES ANEXOS	N		
PROGRAMA DETALLADO DE TRABAJO (PDT)	N		
DESGLOSE DEL AIU	N		
DESGLOSE FACTOR MULTIPLICADOR	N		
HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL A LABORAR (Calificado y no calificado).	N		
FOTOCOPIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL DE CADA TRABAJADOR	N		
FOTOCOPIA DE AFILIACION DE LOS TRABAJADORES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	N		
FOTOCOPIA DE AFILIACION DE LOS TRABAJADORES DE APORTES PARAFISCALES	N		
ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN AL PERSONAL.	N		
RELACIÓN DE PERSONAL PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	N		
LISTA DE VERIFICACION DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SG-SST EN LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y EN EJECUCIÓN ETAPA ACTA DE INICIO CON SOPORTES	S		18 Folios
PLAN DE INVERSIÓN DE ANTICIPO	N		
APROBACION DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE BIOSEGURIDAD – COVID 19 POR PARTE DE LA SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA	N		
CUMPLE CON TODOS LOS SEGUROS VIGENTES Y DOCUMENTACION REQUERIDA PARA EL SERVICIO A PRESTAR *(Soat, RUNT, revisión técnico-mecánica, gases, seguro de responsabilidad civil extracontractual, y los demás que sean requeridos), CUANDO APLIQUE*	N		
VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA LOS TRABAJADORES CUMPLEN CON LOS PERFILES E IDONEIDAD SEGÚN LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO A PRESTAR. (CUANDO APLIQUE)	N		
EL PERSONAL REQUERIDO PARA EL SERVICIO A PRESTAR CUMPLE CON EL PERFIL, IDONEIDAD *REQUERIDA (Se encuentran libres de sanción impartidas por las autoridades administrativas). CUANDO APLIQUE*	N		

Nota: El interventor externo siempre entregará al supervisor la documentación revisada y aprobada. Solo en caso que no se cuente con una interventoría externa, firmará el supervisor.

CONTRATISTA

SUPERVISOR

aguas de Barrancabermeja S.A. E.S.P	SISTEMA DE GESTION	Código: GTH-FR-044
		Página: 1 de 1
	LISTA DE VERIFICACION DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SG-SST EN LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y EN EJECUCION	Versión: 2
		Vigente a partir de: 03-06-2020

EMPRESA:	**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A**
FECHA:	**11 DE SEPTIEMBRE DEL 2026**
OBJETO DEL CONTRATO:	**CONTRATAR LA PÓLIZA DE SEGUROS DE VIDA GRUPO REQUERIDA PARA GARANTIZAR LA PROTECCION DE LOS TRABAJADORES DE LA EMPRESA AGUAS DE BARRANCABERMEJA S.A E.S.P.**

ETAPA DE REVISION	**PRECONTRACTUAL** ( )	**ACTA DE INICIO** (X)	**EJECUCION** ( )

N°	REQUISITOS	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	ETAPA			CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			PRECONTRACTUAL	ACTA INICIO	EJECUCION	SI	NO	
1	Política y Objetivos del SG-SST	Solicitar la Política, revisada el ultimo año por la Dirección, aprobada y socializada. Alcance coherente con el alcance del objeto a contratar.	X					
2	La Política fue comunicada al COPASST, colaboradores Y las partes interesadas?	Verificar registros, consulta web.		X	X	X		
3	Matriz Legal	conocida por los colaboradores, actualizada	X					
4	Responsabilidades del SGSST	Existe un representante del SGSST, cumple con requisitos, en todos los niveles de identifican roles y responsabilidades? Registros, documentos	X					
5	Identificación de peligros,evaluaciónyvaloración de los riesgos	Solicitar copia de las matrices y verificar que se encuentre acorde al objeto del contrato y que sea coherente con el alcance del SGSST presentado al contratante.	X					
6	Informe de las condiciones de salud	Perfil sociodemográfico, Programas de Vigilancia Epidemiologica, Mediciones Y Monitoreos		X		X		
7	Copasst o vigia	Según aplique solicite convocatoria, elección y conformación copasst,designación de vigia, actos administrativos reuniones del ultimo año, capacitación al vigía o miembros copasst		X		X		
8	Reportes de investigaciones	Reportes de incidentes, accidentesde trabajo, enfermedades laborales, gestión			X			
9	Registros	Amenazas, vulnerabilidades, respuesta ante emergencia		X		X		
10	Planes de prevención, preparación y res	Recursos asignados, afiliacion al SGRL planillas, afiliación al SGSSS, gestion indicadores		X		X		
11	Auditorias	Se ha realizado auditoria al proceso o actividades de SGSST			X			
12	Acciones	Se han levantado acciones para el mejoramiento o corrección según las oportunidades de mejora identificadas			X			
13	Revisión por la dirección anual	Se cuenta con el registro de revisión por la Dirección que incluya el SGSST			X			
14	Autoevaluación de Estandares Mínimos	Presenta documento de autoevaluación	X					
15	Plan de Trabajo/Mejoramiento	Se cuenta con un plan detallado de trabajo en SG SST con base en la autoevaluación y se evidencia seguimeinto y monitoreo. Se actualiza periodicamente		X		X		

16	Plan de capacitación	Programas de capacitación actualizado alineado con la matriz de peligros, recursos asignados , Participación del COPASST, Registros de Inducción y Reinducción		X		X		
17	Asignación de recursos	Se evidencia asignación de recursos, registros.		X		X		
18	Radicación ante la ARL	Se presento al autoevaluación a la ARL y se cuenta con cetificado del estado del SGSST, se evidencia acompañamiento de la ARL		X		X		
19	Afiliación al SGSSS y al SGRP	Solicitar Planillas (Inicio ultimas cuatro meses, seguimiento mensual)	X					
20	Exámenes medicas iniciales y periodicos	Solicitar informe						
21	La empresa tiene procedimientos para la investigación de accidentes de trabajo y enfermedad laboral y los reporta al contratante	Solicitar copia del procedimiento y del reporte al contratante.		X		X		
22	Los trabajadores del contratante indirecto usan los elementos de protección requeridos para sus labores	Solicitar matriz de EPP, copia del registro de entrega de EPP, copia de listado de asistencia capacitación en uso y mtto de EPP y solicitar copia de inspección de EPP		X		X		
23	Indicadores Minimos	Medición y seguimiento de indicadores.			X			
24	Se presentaron accidentes y/o incidentes de trabajo? ¿Se reportó el accidente y/o accidente de trabajo dentro de los dos (2) días siguientes a la ocurrencia del evento?¿Se realizó la investigación del accidente y/o incidente de 1 trabajo con plan de acción dentro de los primeros quince (15) dias después de ocurrido el mismo?	solicitar copia de reporte de AT de la ARL, se informo al contratante			X			
25	Comunicó el Manual de Contratistas	Evidencia de comunicación del Manual a todos los contratistas						
26	Reportar a la ARL el total de incidentes y accidentes (propios como de proveedores y contratistas)	Registros						
27	Permitió la participación del contratista en las capacitaciones del COPASST	Registros						
28	Se establecio la verificación del cumplimiento de los requisitos de SG-SST, de manera continua y sistematica	Registros						
29	Se informo a los contratistas afiliados en riesgos IV y/o V sobre los aportes efectuados al sistema	Registros						
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			**100%**					
OBSERVACIONES GENERALES:								
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE VERIFICA SG-SST	**LILIANA ROBLES ROBLES**	**FIRMA**						

En **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** reafirmamos nuestra voluntad y compromiso de promover la salud* a través de ambientes de trabajo que favorezcan el equilibrio de nuestros empleados, proveedores y contratistas dentro del marco legal y el mejoramiento continuo contribuyendo así a la sostenibilidad y competitividad

*** Entendemos la Salud como el equilibrio de las personas para disfrutar la vida y afrontar las exigencias de la cotidianidad**

Cordialmente,
Melisa González G.

Melisa Gonzalez Gonzalez

Representante Legal

Seguros Generales Suramericana S.A.

Seguros de Vida Suramericana S. A.

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

ACTA DE CONSTITUCIÓN COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERIODO 2024 A 2026

Fecha de constitución	Septiembre 25 de 2024
Nombre de la empresa	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Nit	890903790
Número de empleados	3507

REPRESENTANTES ELEGIDOS POR LOS EMPLEADOS

PRINCIPALES POR LOS EMPLEADOS	SUPLENTES POR LOS EMPLEADOS
Nombre: MONICA MARIA JURADO MONTOYA **Cédula:** 43879398 **Firma**	**Nombre:** ALIDYS DEL CARMEN CAAMAÑO RANGEL **Cédula:** 45505147 **Firma**
Nombre: NATALIA ANDREA CASTAÑEDA CORREA **Cédula:** 1039458277 **Firma**	**Nombre:** MARISELL OLARTE CATAÑO **Cédula:** 43758983 **Firma**
Nombre: CRISTIAN CAMILO DIAZ MURCIA **Cédula:** 1017151467 **Firma**	**Nombre:** SEBASTIAN GOMEZ RIVERA **Cédula:** 1033338682 **Firma**
Nombre: DIANA CAROLINA RODRIGUEZ MOROS **Cédula:** 63544019 **Firma**	**Nombre:** ANDRES GUILLERMO ACEVEDO TORRES **Cédula:** 1022328905 **Firma**

Documento firmado digitalmente por:
Natalia Alejandra Mendoza Barrios Certificado (26/11/2024 17:39 CET)
Puedes validar la firma acá
https://signature.sura.com/inbox/app/default/v/2JR6-UKB3-YSV8-EU7O

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

REPRESENTANTES ELEGIDOS POR LA ALTA DIRECCIÓN

PRINCIPALES POR LA ALTA DIRECCIÓN	SUPLENTES POR LA ALTA DIRECCIÓN
Nombre: NATALIA ALEJANDRA MENDOZA BARRIOS **Cédula:** 1143139825 **Firma**	**Nombre:** YENY CATALINA ROMERO SANDOVAL **Cédula:**1110550060 **Firma**
Nombre: JEIMY PAOLA ROA PULIDO **Cédula:** 1031123308 **Firma**	**Nombre:** YESINIA YADITH GAMEZ MENDOZA **Cédula:** 56077860 **Firma**
Nombre: GLENDA ALEXANDRA VARGAS TOVAR **Cédula:** 65773157 **Firma**	**Nombre:** JOANNA ANDREA MARIN MUNERA **Cédula:** 1020453620 **Firma**
Nombre: ANGELICA MARIA BORJA BELTRAN **Cédula:** 71217142 **Firma**	**Nombre:** CARLOS ANDRES BARRERA BARRERA **Cédula:** 31323237 **Firma**

Nombre del secretario: Natalia Andrea Castañeda Correa.
Nombre del presidente: Angelica María Borja Beltrán.

RESPONSABLE DE LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ

Nombre: MARIA DEL PILAR QUINTERO GOMEZ
Cédula: 32108179
Firma

Documento firmado digitalmente por:
GLENDA ALEXANDRA VARGAS TOVAR (26/11/2024 16:16 COT)
Puedes validar la firma acá
https://signature.sura.com/inbox/app/default/v/XV3O-0KTV-5E0X-Y9FZ

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA

Informa que la empresa SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. con Nit 890903790 , se encuentra afiliada a ARL SURA.

En cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019 el 16/03/2026 cuyo resultado se presenta en este informe.

La autoevaluación de los Estándares Mínimos es realizada por el empleador según el artículo 28 de la Resolución 0312 de 2019, y los datos ingresados obedecen única y exclusivamente a su criterio como empresa. ARL SURA no suministra o diligencia información, ni es responsable de los resultados que de ella se generen.

El resultado obtenido es:

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	100	25	25
II. Hacer (60%)	96.67	60	58
III. Verificar (5%)	75	5	3.75
IV. Actuar (10%)	100	10	10
% Total implementación			**96.75**

De acuerdo a su porcentaje de implementación del 96.75 su resultado es ACEPTABLE.

La empresa es responsable en el desarrollo de las actividades para dar cumplimiento a los requisitos normativos legales vigentes, al monitoreo, disminución y control de los riesgos como también a la implementación total del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando el bienestar de sus trabajadores.

La presente comunicación se expide a solicitud de la empresa el 16/03/2026.

Atentamente

Gerencia Técnica Arl Sura
Código transacción: 6966504

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

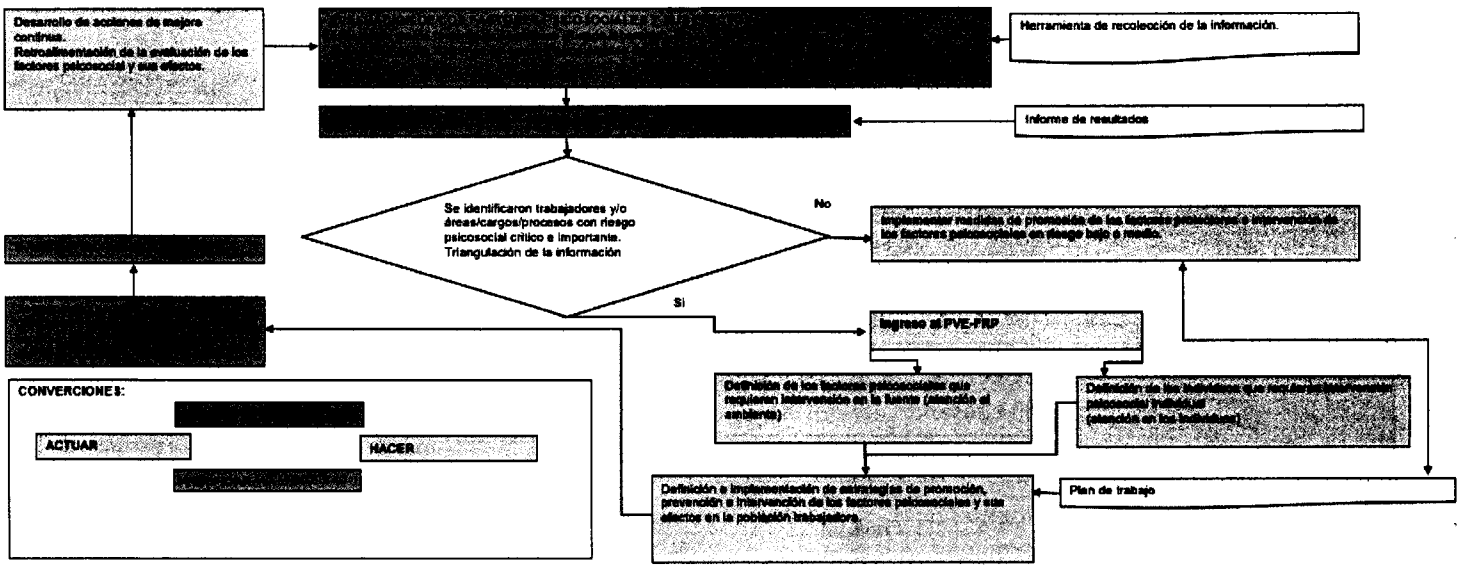
PROGRAMA DE VIGILANCIA PSICOSOCIAL
SEGUROS DE VIDA
PERIODO: 2024 – 2025

Fecha de última actualización de datos: Febrero 2026

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN:
Profesional en Prevención de Riesgos: Fernando Rendon
Médico ESO: Johan Steven Fagua
Médico de empresa: Luisa Fernanda Urazán González
Psicóloga Asesora: Luz Mayra Sanguino
Contacto empresa: Monica Lucia Vasquez
Médica Laboral ARL: Gisela Fernanda Muñoz

OBJETIVO	Realizar el monitoreo permanente de factores de Riesgo Psicosociales a través de la implementación de medidas de prevención e intervención integral, que permitan mejorar y mantener las condiciones de salud y trabajo, promoviendo prácticas del cuidado, generando un impacto positivo en la calidad de vida y el bienestar de los empleados de Sura Colombia.	
ALCANCE	Aplica para los empleados que se encuentren expuestos a factores psicosociales nocivos evaluados como crítico e importante o que están causando efectos negativos en la salud, en el bienestar o en el trabajo, conforme los criterios que establece en la Resolución 2646 de 2008	
INDICADORES	Incidencia de enfermedad laboral	N° casos nuevos de enfermedades laboral asociadas al factor de Riesgo Psicosocial * 100 N° de Población total expuesta a Riesgo Psicosocial
	Prevalencia enfermedad laboral	No. casos nuevos y antiguos de enfermedades laborales generadas por Riesgo Psicosocial *100 Población total expuesta a Riesgo Psicosocial
	Disminución del nivel de riesgo	Disminución del porcentaje de nivel crítico e importante (Alto y muy alto) en condiciones intralaborales, en resultados de encuesta psicosocial (cada 2 años)
	Cumplimiento del plan de trabajo	Número de actividades realizadas * 100 Número de actividades programadas

FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PSICOSOCIAL



Análisis y triangulación realizada con la información años 2024 -2025: donde al tener Diagnóstico de Trabajo (encuesta de factores psicosociales) más Diagnóstico de Salud (Ausentismo, EMO, recomendaciones médicas, accidentalidad y enfermedad laboral, uso de la línea de orientación psicológica) se generan equipos, sedes o cargos prioritarios para intervención

La encuesta de factores de riesgo psicosocial se realiza cada 2 años: se realizó entre enero a marzo de 2022 y nuevamente entre marzo a mayo 2024.

Factores Protectores: <u>Dimensiones mejor percibidas</u>
Dada la buena valoración que los trabajadores dan a estas dimensiones, se sugiere a la empresa continuar promoviendo las prácticas que permiten la construcción y el mantenimiento de factores protectores, que funcionan como moderadores de los síntomas asociados al estrés y generan impactos positivos de cara al bienestar de las personas.
Forma A INTRALABORALES
Reconocimiento y Compensación (84.21%)
Demandas Ambientales y de Esfuerzo Físico (82.34%)
Relación con los Colaboradores (80.82%)
Capacitación (77.78%)
EXTRALABORALES
Relaciones Familiares (80.82%)
Características de la Vivienda y de su Entorno (72.98%)
Comunicación y Relaciones Interpersonales (70.41%)

Forma B INTRALABORALES
Demandas Ambientales y de Esfuerzo Físico (92.39%)
Demandas de la Jornada de Trabajo (83.56%)
Control y Autonomía sobre el Trabajo (83.11%)
Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza (81.58%)
EXTRALABORALES
Relaciones Familiares (84.63%)
Comunicación y Relaciones Interpersonales (81.58)
Tiempo Fuera del Trabajo (71.23%)

El análisis del **diagnóstico de salud** se realiza cada 6 meses y se actualiza el plan de trabajo.

Dato importante tasa de ausentismo por Trastorno Mental en el año 2021: 0.55% para el año 2022 aumento a 0.69%, en el año 2023 subió la tasa a 2.4%, para el año 2024 tasa de 2.33%, para año 2025 tasa de 3.6%

Tasa por días perdidos asociado a T. mental año 2024: 0.10

Tasa por días perdidos asociado a T. mental año 2025: 0.31

Realizando comparación de nivel de riesgo intralaboral encuesta psicosocial año 2022 (empleados 1529) vs 2024 (empleados 1685) aumento 5.54% el riesgo en alto y muy alto.

Cargos críticos para Seguro de Vida Sura:

DIRECTOR DE SOLUCIONES DE TECNOLOGIA
DIRECTOR METODOLOGICO DE TI
AUXILIAR COMERCIAL ARL
ASESOR DE SEGUROS
EJECUTIVO COMERCIAL
PROFESIONAL EN PREVENCION DE RIESGOS
ANALISTA EVALUACION MEDICA

Casos en Sigesa aperturados a 9 de junio 2024: 10 casos asociados a T. mental en acompañamiento
Casos en Sigesa aperturados a 30 de junio 2025: 15 casos asociados a T. mental en acompañamiento
Casos en Sigesa aperturados a 31 de diciembre 2025: 10 casos asociados a T. mental en acompañamiento

Histórico

Estado	Cuenta de Documento
Abierto integral	8
Cerrado	12
Reaperturado por salud	2
Total general	**22**

El plan de trabajo desde un modelo de gestión (promoción, prevención, atención y recuperación) se encuentra detallado en Excel (adjunto)se define de manera general para los 2 años, pero se realiza seguimiento al cumplimiento cada 6 meses

Dentro de este excel PVE se encuentra la priorización de batería de riesgo psicosocial dando cumplimiento al protocolo de acciones generales en intervención y gestión del riesgo.

Como lo menciona la Resolución 2764 de 2022 la intervención primaria de los factores de riesgo psicosociales debe realizarse en la fuente a través de cambios organizacionales, controles administrativos y controles operacionales, necesarios para el mejoramiento de las condiciones de trabajo los cuales se cumplen articulando las diferentes áreas de Talento Humano como Diseño Organizacional, Aprendizaje, Experiencia del empleado y Salud integral.

La intervención secundaria en el empleado a través de acciones y estrategias para la promoción de la salud y la prevención de efectos adversos de la exposición a factores psicosociales

Articulando las últimas 3 encuestas de FRPS 2020-2022 y 2024 se observa que 338 empleados se encuentran en nivel Alto en el constructo Individual, se anexa resumen de los 5 primeros cargos:

PROFESIONAL EN PREVENCION DE RIESGOS	**65**
ANTIOQUIA	10
CENTRO	31
EJE CAFETERO	5
NORTE	13
OCCIDENTE	6
ASESOR DE SEGUROS	**33**
ANTIOQUIA	16
CENTRO	2
EJE CAFETERO	3
NORTE	5
OCCIDENTE	7
MEDICO LABORAL ARL	**18**
ANTIOQUIA	3
CENTRO	7
EJE CAFETERO	1
NORTE	4
OCCIDENTE	3
AUXILIAR DE NEGOCIO	**11**
ANTIOQUIA	4
CENTRO	3
EJE CAFETERO	1
NORTE	1
OCCIDENTE	2
ANALISTA DE SUSCRIPCION	**8**
ANTIOQUIA	3
CENTRO	3
OCCIDENTE	2

* 338 Empleados presentaron riesgo INDIVIDUAL ALTO Y MUY ALTO en las últimas mediciones (2020, 2022 Y 2024) de Factores de Riesgo Psicosocial

* 126 Empleados presentaron riesgo INTRALABORAL ALTO Y MUY ALTO en las últimas mediciones con ausentismo por T. Mental o relacionados a factores psicosociales

* 23 Empleados con cruce INDIVIDUAL VS INTRALABORAL estas personas cuentan con todos los beneficios, en promoción y gestión de salud mental evidenciado en:

- 01800 5189492
- WhatsApp: +57 320 9268886

Asesorías y acompañamientos

Recuerda solicitar los beneficios que tienes disponibles a través de Success Factors ingresando en la siguiente ruta:

Somos SURA / Ingreso a Success Factors / Mi Información / Mi perfil / Beneficios / Ver todo

Línea de atención psicológica

Allí podrás encontrar beneficios como:

- Acompañamiento de pareja
- Acompañamiento familia
- Asesoría duelo
- Asesoría financiera
- Asesoría jurídica

Como cumplimiento de la Resolución 2764 de 2022 se cuenta con la priorización de casos, en el momento adjuntos como Excel para guardar la confidencialidad de datos como lo dicta la Resolución 2346 de 2007, también se tiene mapeado y se hace seguimiento por parte de experiencia al empleado, quejas de acoso laboral:

- en el período del año 2021 a junio 2023 se han recibido 2 quejas.
- en el período de junio 2023 a junio 2024: 2 quejas
- En el período de enero a septiembre 2025: 1 queja

Análisis 2024 a mayo 2025 en el momento se encuentran 0 empleados como reincidentes

Se contabiliza por medio de las IPS de Exámenes médicos Ocupacionales, las evaluaciones médicas asociadas a valoración psicológica año 2024 y primer semestre año 2025:

Riesgo alto	**Seguros de Vida Suramericana SA**	2024-05-10
Riesgo Medio	**Seguros de Vida Suramericana SA**	2024-05-29

En el año 2024 se califican 2 enfermedades laborales asociadas a Trastornos Mentales en cargo: PROFESIONAL EN PREVENCION DE RIESGOS.

Con base en el Decreto 728 de 2025, se procede a la actualización del archivo en Excel correspondiente al Protocolo de Acciones Generales, el cual contempla un total de 34 acciones estratégicas. Estas acciones están organizadas según los niveles de intervención definidos en la normativa nacional de riesgos psicosociales laborales, e incluyen:

- Promoción de factores psicosociales protectores,
- Intervención primaria sobre factores de riesgo psicosocial,
- Intervención secundaria sobre factores de riesgo psicosocial,
- Intervención sobre los efectos en la salud,
- Prevención primaria,
- Prevención secundaria y terciaria.

Cada acción está alineada con los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), y responde a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio del Trabajo para la gestión integral de los factores psicosociales

[redacted]	[redacted]
1. ***Acciones de promoción de factores psicosociales protectores***	*Son estrategias orientadas a fortalecer las condiciones que favorecen el bienestar mental de los trabajadores Buscan* ***crear entornos laborales saludables,*** *resilientes y con sentido.*
2. ***Acciones de intervención primaria sobre los factores de riesgo psicosocial***	*Son medidas preventivas dirigidas a eliminar o modificar los factores de riesgo antes de que generen efectos negativos. se basan en los resultados de la evaluación de riesgos psicosociales*
3. ***Acciones de intervención secundaria sobre los factores de riesgo psicosocial***	*Se aplican cuando ya se han identificado signos de afectación o vulnerabilidad en los trabajadores. buscan* ***detener el avance del daño*** *y proteger la salud mental.*
4. ***Acciones de intervención sobre los efectos en la salud***	*Son medidas que se implementan una vez se han manifestado alteraciones en la salud mental del trabajador. Estas acciones están orientadas a* ***restaurar la salud y funcionalidad del trabajador.***
5. ***Prevención primaria***	*Consiste en* ***evitar la aparición de riesgos psicosociales*** *mediante la promoción de condiciones laborales saludables. Es la* ***primera línea de defensa*** *en la gestión de riesgos psicosociales.*
6. ***Prevención secundaria y terciaria***	***Secundaria:*** *Busca* ***detectar precozmente*** *los efectos del riesgo psicosocial y actuar antes de que se agraven* • ***Terciaria:*** *Se enfoca en* ***minimizar el impacto de los daños ya ocurridos,*** *rehabilitar al trabajador y evitar recaídas.*

Valoración de Inspección de Puesto de Trabajo

Durante el segundo semestre de 2025 se realizaron IPT en los cargos priorizados por el Programa de Vigilancia Psicosocial debido a su exposición a factores intralaborales críticos. El análisis se basó en observación directa y entrevistas semiestructuradas, considerando frecuencia, tiempo e intensidad de exposición a factores de riesgo. Se cuenta con informes que describe propuesta de acuerdo con Res.2762 del 2022

Cargo	Prioridad de Intervención Nivel Alto	Propuesta de Intervención	Seguimiento
MEDICO LABORAL ARL	**DEMANDA CARGA MENTAL** **CAMPO DE LA EXIGENCIAS DE RESPONSABILIDAD DEL CARGO**	Implementar modelos de priorización de casos por complejidad y riesgo, que permitan una distribución más equilibrada de la carga mental. Incorporar auditorías preventivas y acompañamiento técnico en procesos de alta complejidad	SEMESTRAL
EJECUTIVO COMERCIAL	**DEMANDA DE CARGA MENTAL** **CAMPO DE LA EXIGENCIAS DE RESPONSABILIDAD DEL CARGO**	Establecer mecanismos de priorización comercial, que orienten la gestión de oportunidades y eviten la saturación por múltiples frentes de trabajo simultáneos Promover estrategias de autorregulación cognitiva y emocional, que permitan gestionar la presión por resultados y la carga mental asociada a la actividad comercial.	SEMESTRAL
PROFESIONAL EN PREVENCION DE RIESGOS	**DEMANDA CARGA MENTAL** **DEMANDA CUANTITATIVA**	Ajustar la asignación de clientes y requerimientos considerando la complejidad técnica, el sector y el nivel de desarrollo de cada empresa, con el fin de controlar el ritmo de trabajo y la presión por tiempos. Monitorear periódicamente la carga laboral y los tiempos reales	SEMESTRAL

		de ejecución, facilitando la redistribución de actividades cuando se identifique sobrecarga	

ROLES Y RESPONSABILIDADES

EMPRESA- SALUD INTEGRAL:

1. Aprobar el Programa de Vigilancia Epidemiológica para la prevención de los riesgos psicosociales y su respectivo plan de trabajo
2. Asignar los recursos para la implementación del programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de los riesgos psicosociales.
3. Velar por el cumplimiento de los requisitos legales y normativos asociados con los factores de riesgo psicosocial y garantizar el seguimiento de las condiciones de salud y de trabajo en la empresa.
4. Participar en el seguimiento de las acciones y la toma de decisiones.
5. Asegurar que se haga un proceso amplio de comunicación del riesgo para todos los trabajadores objeto del PVE, dentro de las actividades de inducción, reinducción y formación específica.
6. Asegurar la participación de los trabajadores en el comité de convivencia y permitir su libre funcionamiento.
7. Garantizar que el personal objeto del programa participe en las actividades de intervención diseñadas para el control del riesgo.
8. Hacer la revisión periódica del PVE para la prevención de los riesgos psicosociales, en particular de las recomendaciones para su control.
11. Garantizar la custodia de la información individual obtenida en el marco del diagnóstico y la firma del consentimiento informado.

ARL

1. Brindar asesoría y asistencia técnica para el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud y el control efectivo del riesgo a través desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica
2. Establecer actividades tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y a conservar la salud de los trabajadores, protegiéndolos contra los riesgos derivados de su labor u oficio.
3. Fomentar estilos de trabajo y vida saludable, realizar seguimiento, asesoría y evaluación del cumplimiento de las actividades de riesgos laborales y psicosociales.
4. Brindar asesoría técnica para las evaluaciones de salud, individuales y colectivas.

EMPLEADOS

1.Cumplir las normas, procedimientos e instrucciones del PVE para la prevención de los riesgos psicosociales y las establecidas por Salud Integral
2. Informar de manera inmediata si detecta alguna situación que podría incrementar los niveles de los factores de riesgo psicosociales.
3. Participar activamente en los programas de prevención establecidos, así como del comité de convivencia laboral.
4. Asistir de manera cumplida a los exámenes ocupacionales y en general a las actividades de capacitación y todas aquellas que hagan parte de los programas de prevención y promoción adelantados por la empresa o la ARL.
5. Firmar el consentimiento informado.
6. Suministrar información completa y confiable sobre su salud durante los exámenes ocupacionales.
7. Procurar por el cuidado integral de su salud (incluso en actividades fuera del trabajo).

SEGUIMIENTO A INDICADORES

AÑO	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL	PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN RIESGO CRITICO (ALTO Y MUY ALTO) EN CONDICIONES INTRALABORALES	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO
2020	0	0	Realizada por CGR Critico 0.4 % Importante 1.6 % Medio 9 % Bajo 89 %	72 %
2021	0	0		66%
2022	0	0	Realizada por PRAX/Psicol Muy Alto 4.1% Alto 8.6% Medio 12.7% Bajo 22.9 % Sin Riesgo 51.8%	81%
2023	1	2 Antecedente de EL en el 2018		83.3%
2024	2	4	Realizada por CGR Muy alto 5.31% Alto 12.93% Medio 12.9% Bajo 21.6 Sin riesgo 50.8%	80%
2025	0	4		100%

Recursos financieros

Para el **año 2026** se aprobó un presupuesto de $166.582.000

Presupuesto Salud Integral 2026
Acompañamiento Factores Psicosociales
Asesoría técnica especializada
Evaluaciones Medicas Ocupacionales
Gastos Administrativos
Gastos de viaje
Planes de emergencia
SIGESA - Software

Director de Bienestar y Cultura: 1
Coordinador de Salud Integral: 2
Analistas de Salud Integral: 16
Aprendices: 5

Recursos técnicos y tecnológicos

Cada empleado del equipo de Salud Integral cuenta con un equipo de computo portátil, con licencias de software de office 365.

Tenemos implementado el Software Sigesa para apoyo en la administración de algunos procesos de Seguridad y Salud en el Trabajo.



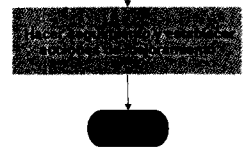
Agrupador: Talento Humano	Proceso: Salud Integral	Versión:1	Fecha: 14 de octubre de 2016

PROCEDIMIENTO

INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES

[redacted]	Establecer las directrices para el reporte e Investigación de enfermedades laborales con dictamen en firme que ocurran en las filiales de Suramericana en Colombia y definir las medidas de control para evitar que se repitan.
[redacted]	Aplica a todos los casos de enfermedad laboral de los colaboradores e independientes de Suramericana en Colombia.

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	Las entidades de Seguridad Social (ARL, EPS) notifican la enfermedad laboral a la Empresa con dictamen en firme.	Analista de Salud Integral	N.A.	Carta de notificación de la enfermedad laboral. Formato único de reporte de enfermedad laboral (FUREL)	Normas jurídicas que aplican Dictamen sobre calificación de enfermedad laboral. Historia clínica ocupacional. Documentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentos de soporte de la vigilancia epidemiológica especifica
[redacted]	Diligenciar el formato de reporte de Enfermedad Laboral en los siguientes dos dias habiles despues de notificada la enfermedad por la entidad.	Analista de Salud Integral	N.A.	N.A.	N.A.
[redacted]	El equipo investigador debe contar con los siguientes representantes: Equipo de Salud Integral COPASST El lider del proceso al que pertenece el colaborador Un Medico Especialista en Salud Ocupacional. De acuerdo al caso, se puede requerir la presencia del trabajador afectado o compañeros que tengan similar historia laboral y/o un experto de acuerdo a la complejidad del caso y del agente de riesgo especifico asociado (ergónomo, psicologo, higienista, químico, fonoaudiologo, epidemiólogo, entre otros)	Analista de Salud Integral	N.A.	N.A	N.A.
[redacted]	El equipo investigador recolecta y analiza los documentos asociados identificando el diagnóstico clínico concreto, los agentes de riesgo asociados, las características específicas de la exposición y el comportamiento: clínico, paraclínico, epidemiológico, legal, además se revisan las variables individuales contribuyentes.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	FUREL. Historia clinica: Dictamenes de juntas. Exámenes de ingreso, retiro, periodicos y post incapacidad. Contrato de trabajo. Certificado de cargos y labores. Consentimiento informado por parte del trabajador que permita conocer al equipo investigador la historia clinica. Definición factores de riesgo del colaborador. Tiempo de exposición, Labores o tareas en las cuales estuvo expuesto. Análisis de exposición al factor de riesgo
[redacted]	Se revisa el perfil epidemiológico de la empresa durante el tiempo de exposición del colaborador afectado. (estudio retrospectivo del agente de riesgo)	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	Perfil sociodemografico. Ausentismo. Indicadores: tasas de incidencia y prevalencia de enfermedad laboral

	Con base en el historial de cargos, se realiza un analisis retrospectivo (desde el ultimo cargo hasta el primero). Es importante que durante el recorrido se entreviste a colaboradores que hayan estado expuestos bajo similares circunstancias si éste aplica y lideres de proceso.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	Certificado de cargos y labores. Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos
	Se revisa el análisis del puesto de trabajo que se soportó en el proceso de calificación de origen, el cual aporta criterios específicos del peligro y la exposición del colaborador (exposición invidualizada). Si es necesario documentarlo se recomienda se apliquen criterios contenidos en la Guía técnica para el analisis de exposición a factores de riesgo ocupacional.	Analista de salud integral	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	Evaluación del estudio de puesto de trabajo
	Teniendo en cuenta la información anterior, se identifican las causas básicas o raizales (árbol de causas), que están asociadas a la enfermedad laboral generada.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	N.A.
	Se genera un plan de acción orientado a evitar nuevos casos de enfermedad, que integre acciones en el ambiente y en las personas expuestas al agente de riesgo.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	N.A.
	Se hace seguimiento al cumplimiento y efectividad del plan del plan de acción, definiendo claramente periodicidad de seguimiento.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	N.A.

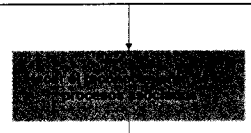
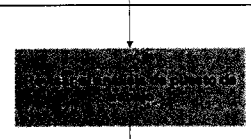
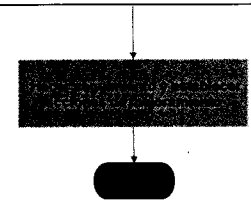
Agrupador: Talento Humano	Proceso: Salud Integral	Versión:1	Fecha: 14 de octubre de 2016

PROCEDIMIENTO

INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES

[redacted]	Establecer las directrices para el reporte e investigación de enfermedades laborales con dictamen en firme que ocurran en las filiales de Suramericana en Colombia y definir las medidas de control para evitar que se repitan.
[redacted]	Aplica a todos los casos de enfermedad laboral de los colaboradores e independientes de Suramericana en Colombia.

[redacted]	Las entidades de Seguridad Social (ARL, EPS) notifican la enfermedad laboral a la Empresa con dictamen en firme.	Analista de Salud Integral	N.A.	Carta de notificación de la enfermedad laboral. Formato único de reporte de enfermedad laboral (FUREL)	Normas jurídicas que aplican Dictamen sobre calificación de enfermedad laboral. Historia clínica ocupacional. Documentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentos de soporte de la vigilancia epidemiológica específica
[redacted]	Diligenciar el formato de reporte de Enfermedad Laboral en los siguientes dos dias habiles despues de notificada la enfermedad por la entidad.	Analista de Salud Integral	N.A.	N.A.	N.A.
[redacted]	El equipo investigador debe contar con los siguientes representantes: Equipo de Salud Integral COPASST El lider del proceso al que pertenece el colaborador Un Medico Especialista en Salud Ocupacional. De acuerdo al caso, se puede requerir la presencia del trabajador afectado o compañeros que tengan similar historia laboral y/o un experto de acuerdo a la complejidad del caso y del agente de riesgo especifico asociado (ergónomo, psicologo, higienista, químico, fonoaudiologo, epidemiólogo, entre otros)	Analista de Salud Integral	N.A.	N.A	N.A.
[redacted]	El equipo investigador recolecta y analiza los documentos asociados identificando el diagnóstico clínico concreto, los agentes de riesgo asociados, las características específicas de la exposición y el comportamiento: clínico, paraclínico, epidemiológico, legal, además se revisan las variables individuales contribuyentes.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	FUREL. Historia clinica: Dictamenes de juntas. Exámenes de ingreso, retiro, periodicos y post incapacidad. Contrato de trabajo. Certificado de cargos y labores. Consentimiento informado por parte del trabajador que permita conocer al equipo investigador la historia clinica. Definición factores de riesgo del colaborador. Tiempo de exposición, Labores o tareas en las cuales estuvo expuesto. Análisis de exposición al factor de riesgo
[redacted]	Se revisa el perfil epidemiológico de la empresa durante el tiempo de exposición del colaborador afectado. (estudio retrospectivo del agente de riesgo)	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	Perfil sociodemografico. Ausentismo. Indicadores: tasas de incidencia y prevalencia de enfermedad laboral

	Con base en el historial de cargos, se realiza un analisis retrospectivo (desde el ultimo cargo hasta el primero). Es importante que durante el recorrido se entreviste a colaboradores que hayan estado expuestos bajo similares circunstancias si éste aplica y lideres de proceso.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	Certificado de cargos y labores. Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos
	Se revisa el análisis del puesto de trabajo que se soportó en el proceso de calificación de origen, el cual aporta criterios específicos del peligro y la exposición del colaborador (exposición invidualizada). Si es necesario documentarlo se recomienda se apliquen criterios contenidos en la Guía técnica para el analisis de exposición a factores de riesgo ocupacional.	Analista de salud integral	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	Evaluación del estudio de puesto de trabajo
	Teniendo en cuenta la información anterior, se identifican las causas básicas o raizales (árbol de causas), que están asociadas a la enfermedad laboral generada.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	N.A.
	Se genera un plan de acción orientado a evitar nuevos casos de enfermedad, que integre acciones en el ambiente y en las personas expuestas al agente de riesgo.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	N.A.
	Se hace seguimiento al cumplimiento y efectividad del plan del plan de acción, definiendo claramente periodicidad de seguimiento.	Equipo Investigador	N.A.	Formato de investigación enfermedad laboral.	N.A.

INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

No.

NOTA: Sólo diligenciar cuando exista diagnóstico de la enfermedad por un médico. ARL | sura

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO — CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

SEGURO SOCIAL SI NO CUÁL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR (2) CONTRATANTE (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN NI CC CE N.U PA	NÚMERO

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U R

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI NO — SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U R

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA A QUIEN SE LE DIAGNOSTICÓ LA ENFERMEDAD

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA (2) MISIÓN (3) COOPERADO (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ (5) INDEPENDIENTE CÓDIGO (5)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC CE N.U TI PA	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A	SEXO M F

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U R	CARGO

OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD (En días y meses) D D M M

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA D D M M A A A A	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA (2) NOCTURNA (3) MIXTO (4) TURNOS

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICADA POR
(1) MD EPS* (2) MD IPS* (3) MD ARL (4) MD EMPRESA* (3) MD PARTICULAR*
(*Médicos con capacidad de diagnóstico sin competencia legal para determinar origen)

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO	REGISTRO MÉDICO	FECHA DEL DIAGNÓSTICO D D M M A A A A

IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD

Existe Información? SI NO

En caso afirmativo, indique los factores de riesgo a los cuales ha estado expuesto el trabajador y que se encuentren relacionados con la enfermedad, para cada uno de ellos indique tiempo de exposición según se trate de lo actual o anterior, de acuerdo con los antecedentes y fundamentos tomados en cuenta por el médico que diagnosticó la enfermedad y la historia laboral del trabajador.

FACTOR DE RIESGO			
(1) FÍSICO			
(2) QUÍMICO			
(3) BIOLÓGICO			
(4) ERGONÓMICO			
(5) PSICOSOCIAL			
(6) AMBIENTAL			

V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR

DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES (Sólo marque si o no se diagnosticó la enfermedad por alguna de las evaluaciones citadas, realizadas al trabajador)

(1) EVALUACIÓN MD PRE-OCUPACIONAL? (1) SI (2) NO (2) EVALUACIÓN MD PERIÓDICA OCUPACIONAL? (1) SI (2) NO (3) EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO? (1) SI (2) NO

VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

En el caso de que cualquiera de los siguientes hubiera sido fundamento para el diagnóstico de la enfermedad, deberán citarse y anotar la fecha de su realización en la casilla

correspondiente.

(1) MEDICIONES AMBIENTALES				
(2) INDICADORES BIOLÓGICOS				
(3) ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO				
(4) OTROS				

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC CE N.U TI PA No.	FIRMA
CARGO:	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL: D D M M A A A A	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO

ARL | sura

FECHA DILIGENCIAMIENTO

COORDINADOR DELEGADO: | CARGO:

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO						CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
	SEGURO SOCIAL	SI		NO	CUÁL	

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR | (2) CONTRATANTE | (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
	NI CC CE N.U PA	

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA
					U R

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI NO — SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA
				U R

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA | (2) MISIÓN | (3) COOPERADO | (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ | (5) INDEPENDIENTE | CÓDIGO (5)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC CE N.U TI PA		D D M M A A A A	M F

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA		CARGO
				U	R	

OCUPACIÓN HABITUAL	TIEMPO EN LA OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD LABORAL
	M M A A

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL				
D D M M A A A A		(1) DIURNA	(2) NOCTURNA	(3) MIXTO	(4) TURNOS	

FECHA DEL DIAGNOSTICO CLINICO	FECHA DE CALIFICACION DE ORIGEN EN PRIMERA OPORTUNIDAD	ENTIDAD QUE CALIFICA EL ORIGEN EN PRIMERA OPORTUNIDAD
D D M M A A A A	D D M M A A A A	

FECHA DE LA CALIFICACION DE ORIGEN DEFINITIVA	ENTIDAD QUE CALIFICA EL ORIGEN DE MANERA DEFINITIVA	DIAGNOSTICO / COD CIE10	
D D M M A A A A			

FACTOR DE RIESGO ASOCIADO:		**Existe Vigilancia Epidemiológica?**	SI	NO

ANTECEDENTES DE EXPOSICION AL FACTOR DE RIESGO ASOCIADO EN LA EMPRESA ACTUAL

AREA	CARGO u OFICIO	TIEMPO DE EXPOSICION (M M A A)	MEDICIONES AMBIENTALES (Si aplica para el FR) AÑO	RESULTADO

ANTECEDENTES DE EXPOSICION AL FACTOR DE RIESGO ASOCIADO EN EMPRESAS O LABORES ANTERIORES A LA EMPRESA ACTUAL

AREA	CARGO u OFICIO	TIEMPO DE EXPOSICION (M M A A)	MEDICIONES AMBIENTALES (Si aplica para el FR) AÑO	RESULTADO

ANTECEDENTES DE SEGUIMIENTO BIOLOGICO DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DEL FACTOR DE RIESGO ASOCIADO								
TIPO DE EXAMEN (Ingreso, Control Periodico, Retiro)	EXAMEN o PRUEBAFUNCIONAL REALIZADA	FECHA						RESULTADO
		D	D	M	M	A	A	

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC CE N.U TI PA
CARGO	No.
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DE LA POSIBLE ENFERMEDAD LABORAL (FUREL)
	D D M M A A A A

INFORMACION DE LA CALIFICACIÓN DE EL AL TRABAJADOR	FECHA CALIFICACIÓN						MUNICIPIO OCURRENCIA DE LA EL	DEPARTAMENTO OCURRENCIA DE LA EL	UBICACIÓN	
	D	D	M	M	A	A			U	R
DIAGNOSTICO EL:								COD CIE10:		

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES

CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL (Señalar con una X en donde aplica)			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
	FUENTE	MEDIO	PERSONA			

NOMBRE	CARGO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA	HORA	FIRMA
	MEDICO SALUD OCUPACIONAL (Necesario)						
	REP. COPASST (Necesario)						
	JEFE INMEDIATO (Necesario)						
	COORDINADOR SST (Necesario)						
	PERSONAL ENCARGADO DEL DISEÑO DE NORMAS, PROCESOS Y/O						
	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA USUARIA O CLIENTE (Si aplica)						

REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA. LA ARL-SURA NO SE HACE RESPONSABLE POR LOS DATOS QUE ALLÍ APARECEN.

ESTE REGISTRO
MANTENE

Responda cada una de las preguntas indicadas, con letra imprenta clara o a máquina de escribir o en el computador.

NOTA: No llene los espacios sombreados. Estos únicamente deben ser diligenciados por la entidad administradora de riesgos laborales (ARL).

EPS a la que está afiliado: Hace referencia a la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliado el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.
Código EPS: Anote el código establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para la entidad promotora de salud correspondiente.Ver Anexo
ARL a la que está afiliado: Hace referencia a la administradora de riesgos laborales a la que se encuentra afiliado el empleador o trabajador independiente, según el caso, al momento de ocurrencia del accidente de trabajo que se reporta.
Código ARL: Anote el código establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia para la administradora de riesgos laborales correspondiente. Ver Anexo
AFP a la que está afiliado: Marque con una X en la casilla correspondiente si se trata o no de Colpensiones. En caso negativo, mencione la administradora de fondos de pensiones a la que se encuentra afiliado el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Código AFP o Seguro Social: Anote el código establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia para la administradora de fondos de pensiones o Colpensiones, según corresponda.Ver Anexo

Identificación del empleador, contratante o cooperativa: Se refiere a los datos de identificación del empleador, contratante o cooperativa, según el caso. Se entiende empleador aquel que tiene como trabajador una persona dependiente, contratante aquel que tiene contrato con un trabajador independiente y cooperativa aquella entidad que puede actuar como empleador o contratante, pero para efectos de la presente resolución, se marca X sólo cuando el informe corresponda a un asociado; en caso contrario, se marcará X en la casilla empleador o contratante según lo definido en el presente instructivo.
Sede Principal: Corresponde a los datos del empleador o contratante. En los casos de empresas temporales corresponde a los datos de dicha entidad. Cuando se trate de trabajadores independientes, esta casilla debe ser diligenciada con los datos del contratante.

Nombre de la actividad económica: Mencione la actividad económica a la que pertenece el empleador o contratante, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigentes para el Sistema General de Riesgos laborales.

Código: Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos laborales, se deberá anotar el código de la actividad económica del empleador o contratante, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigente. Ver Anexo

Nombre o razón social: Especifique el nombre o la razón social del empleador o contratante, tal como se encuentra inscrita en la Cámara de Comercio o ente habilitador para tal fin.
Tipo de Identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del empleador o contratante y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende NI= Nit, CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, NU= Nuip o número único de identificación personal, PA= pasaporte.
Dirección: Escriba la dirección de la sede principal del empleador o contratante.
Teléfono: Escriba el número telefónico de la sede principal del empleador o contratante.
Fax: Escriba el número de fax de la sede principal del empleador o contratante.
Correo electrónico (e-mail): Anote el correo electrónico del representante del empleador o contratante, o de su delegado.
Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.
Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante ya sea cabecera municipal-Urbana (U) y Resto- Rural (R).
Centro de trabajo donde labora el trabajador: Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador. En el espacio de Código la administradora de riesgos laborales anotará el número de código así: 1 si el centro de trabajo es único o corresponde a la misma sede principal; 2 al primer centro de trabajo establecido en la afiliación, diferente al anterior; 3 al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso. Indicar en la casilla correspondientes sí o no los datos del centro de trabajo corresponden a la sede principal. En caso negativo se deberán diligenciar las casillas correspondientes a la información sobre el centro de trabajo que corresponda.
Nombre de la actividad económica del centro de trabajo: Actividad económica a que pertenece el centro de trabajo donde labora el trabajador o donde se encuentra en misión, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos laborales.
Código de la actividad económica del centro de trabajo: Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos laborales. Ver Anexo
Dirección: Escriba la dirección de la sede donde se encuentra ubicado el centro de trabajo en el cual labora el trabajador.
Teléfono: Escriba el número telefónico de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador.
Fax: Escriba el número de fax de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador.
Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.
Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.
Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador, ya sea cabecera municipal- Urbana (U) y Resto-Rural (R).

Tipo de vinculación: Marque con una X la casilla correspondiente, según el tipo de vinculación del trabajador, así: (1) planta, (2) en misión, (3) cooperado, (4) estudiante o aprendiz, (5) Independiente. Cuando se trate de trabajador independiente, se deberá anotar el código correspondiente a la actividad económica que desarrolla y debe ser diligenciado por la entidad administradora de riesgos laborales en el espacio sombreado. Se entenderá como trabajador de planta aquel que tiene vinculación directa con la empresa y como trabajador en misión aquel que es suministrado por una empresa temporal. Se entenderá como trabajador independiente, el que labora por cuenta propia, esto es, sin vínculo laboral. Se deberán tomar en cuenta los términos establecidos en el Decreto 723 DE 2013. Se entenderá como cooperado aquel que se encuentra asociado a una cooperativa de trabajo asociado.
Apellidos y nombres completos: Especifique los apellidos y nombres del trabajador que sufrió el accidente de trabajo en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.
Tipo de identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador que sufrió el accidente de trabajo y en el espacio No. escriba el número correspondiente al tipo de documento que identifica al trabajador que sufrió el accidente de trabajo. Se entiende CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, NU=Nuip o número único de identificación personal, TI= Tarjeta de identidad, PA= pasaporte.
Fecha de nacimiento: Escriba la fecha correspondiente, en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).
Sexo: Marque con una X la casilla correspondiente, M= si el trabajador es masculino o F= si es femenino.

Dirección: Escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Teléfono: Escriba el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.
Fax: Escriba el número de fax del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, si lo tiene.
Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.
Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.
Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra la residencia del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, cabecera municipal - Urbana (U) y Resto-Rural (R).
Ocupación habitual: Hace referencia al oficio o profesión que generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador que sufrió el accidente.
Tiempo de ocupación habitual al momento del reconocimiento de la enfermedad laboral: Hace referencia al tiempo en meses y años en que el trabajador, que presenta la enfermedad laboral, ha desempeñado su oficio u ocupación habitual.
Fecha de ingreso a la empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.
Salario u honorarios: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia del accidente o de los honorarios (mensuales) cuando se trate de trabajadores independientes, según el caso.
Jornada de Trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que presenta la enfermedad laboral, (1) diurno, (2) nocturno, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

Fecha del diagnóstico clínico: Escriba la fecha en que se hace el diagnóstico clinico de la patología en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).
Fecha de calificación de origen en primera oportunidad: Escriba la fecha en que se hace la calificación de profesionalidad de la patología en primera oportunidad, en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).
Entidad que califica el origen de manera definitiva: Escriba la entidad que hace la calificación, puede ser EPS, ARL, AFP, JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, identifique el nombre correspondiente.

Fecha de calificación de origen definitiva: Escriba la fecha en que se hace la calificación de profesionalidad de la patología en forma definitiva, en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).
Entidad que califica el origen de forma definitiva: Escriba la entidad que hace la calificación, puede ser EPS, ARL, AFP, JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, identifique el nombre correspondiente.
Diagnostico / Código CIE10: Escriba el diagnostico de la patología calificada como enfermedad laboral y el código CIE 10 correspondiente
Factor de riesgo asociado: Escriba el factor de riesgo que a sido asociado como causal de la enfermedad laboral calificada
Existe Vigilancia Epidemiológica ?: Escriba si existe o no Vigiliancia Epidemiológico en la empresa para el factor de riesgo asociado como causal de la enfermedad laboral calificada.
Antecedente de exposición al factor de riesgo asociado en la empresa actual: Escriba la información de exposición al factor de riesgo asociado, si existiere en la empresa actual.
Antecedente de exposición al factor de riesgo asociado en empresas o labores anteriores a la empresa actual: Escriba la información de exposición al factor de riesgo asociado, si existiere en otras empresas o labores anteriores a la empresa actual.
Jornada en que sucede: Marque con una X la casilla correspondiente, (1) normal si el trabajador al momento del accidente se encontraba laborando dentro de la jornada ordinaria, o (2) extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

ANTECEDENTES DE SEGUIMIENTO BIOLOGICO DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DEL FACTOR DE RIESGO ASOCIADO: Escriba la información de examenes o pruebas de monitoreo biologico desarrollados dentro del SVE para el factor de riesgo asociado, identificando si se trata de un examen de ingreso, control eriodico o de retiro.
Persona responsable del informe: Escriba los apellidos y nombres de la persona responsable de diligenciar el informe del FUREL, sea este el representante o delegado y el cargo en la empresa, con su respectiva firma.
Fecha de diligenciamiento del informe del FUREL: Escriba la fecha en la cual está informando la posible enfermedad laboral que presenta el trabajador, en el orden que se especifica en el formato (día, mes, año).
Causó la EL al trabajador: Marque con una X, (1) SI o (2) NO, según corresponda.
Fecha de EL: Escriba la fecha en la cual ocurre la EL del trabajador, en el orden que se especifica en el formato (día, mes, año).
Municipio ocurrencia de EL: Escriba el nombre del municipio donde ocurrió la EL del trabajador. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.
Departamento ocurrencia de EL: Escriba el nombre del departamento donde ocurrió la EL del trabajador. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio del Trabajo para el Sistema de Información.
Ubicación: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde ocurrió la EL del trabajador, ya sea cabecera municipal-Urbana (U) y Resto-Rural (R).
Diagnostico causa de EL/ Código CIE10: Escriba el diagnostico de la causa de EL del trabajador y el código CIE 10 correspondiente

Adicionar observaciones o información adicional que sea util para la investigación y análisis de la causa de EL y de la enfermedad laboral y que no se encuentren en la descripción anterior.

Adicionar el método de análisis de la causalidad de la enfermedad laboral, la ARL-SURA recomienda usar el método de arbol de causas cuyo documento y entrenamiento está disponible a través del PLAN DE FORMACION DE LA A.R.L.- SURA

Resumir de acuerdo con el análisis causal las causas inmediatas y las causas básicas identificadas en el análisis, estas se definen en causas inmediatas o directas que en el formato se definen como actos y condiciones subestándar y causas básicas que se dividen en factores personales y factores de trabajo

Establecer medidas de intervención necesarias para que el evento no se presente nuevamente por estas causas y verificar el cumplimiento
Definir si el control se realizará en la fuente, medio o persona con una x
Colocar la fecha máxima el la cual se realizará la medida de control y efectividad
Colocar la fecha en que la empresa verificará el cumplimiento de la medida
Colocar si al verificar la realización de la mejora, esta fué efectiva
Colocar el área responsable de realizar la verificación

Incluir los participantes en la investigación, de manera obligatoria estan: r Médico Especialista en SO con licencia en SO, representante del COPASST ahora Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, jefe inmediato del trabajador con EL y encargado del desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se recomienda la investigación esté apoyada po y el encargado del diseño de normas, procesos y/o mantenimiento.
Se recomienda sea foirmado por el representante legal,
Si el trabajador afectado es de una temporal, cooperativa o contratista, la empresa contratante o usuaria debe delegar una persona en la investigación y esta debe firmar.

INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL

AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL E INFORME

Yo:_____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma en este documento, con pleno uso de mis facultades mentales actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento no solo de mi estado de salud y teniendo en cuenta el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, declaro que he recibido toda la información e ilustración pertinente y que he tenido ocasión de preguntar así como de resolver en forma completa y satisfactoria, todas mis inquietudes con respecto al acceso o suministro de copia de Historia Clínica Ocupacional y sus documentos anexos(pruebas paraclínicas o ayudas diagnósticas, registros fotográficos y fílmicos)

Para lo anterior, autorizo al Dr(a) _____Médico Especialista que cumple con los requisitos sobre licencia de Salud Ocupacional reglamentados en la Resolución 4502 de 2012, que la Empresa _____ ha designado como participante de la investigación de mi enfermedad laboral para que tenga acceso o se le suministre copia de Historia Clínica Ocupacional y los documentos anexos, e informe a Seguridad y Salud en el Trabajo de mi empresas, al Equipo Investigador De igual manera, autorizo el registro fotográfico o fílmico de mi puesto de trabajo y actividades o tareas que yo ejecuto en cumplimiento de mi contrato laboral.

Toda la información anteriormente relacionada, se comparte con la finalidad de gestionar de forma adecuada mi exposición a los factores de riesgos laborales.

Firma: _____
Nombres: _____
Cedula: _____
Fecha: _____
Lugar: _____