

 Ministerio de Salud y Bienestar	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Código:	SGSST-FO-12
			Versión:	1
	FORMATO INVESTIGACIÓN ENFERMEDAD LABORAL		Fecha:	may-25

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN: ____ / ____ / ____ MM/DD/AA

NOMBRE RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

CARGO:

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL:

(1) EMPLEADOR ☐

(2) CONTRATANTE ☐

(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

CÓDIGO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO

NI ☐

CC ☐

CE ☐

N.U. ☐

PA ☐

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO:

CORREO ELECTRÓNICO

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

ZONA

U ☐

R ☐

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

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

CORREO ELECTRÓNICO:

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

ZONA

U ☐

R ☐

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA ENFERMEDAD LABORAL

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO

CÓDIGO EPS

ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO

CÓDIGO ARL

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO

CÓDIGO AFP

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

GÉNERO

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

(1) DIURNA ☐

(2) NOCTURNA ☐

(3) MIXTO ☐

(4) TURNOS ☐

DIESTRO

ZURDO

AMBIDIESTRO

CAUSÓ INCAPACIDAD TEMPORAL? SI ☐ NO ☐ NÚM INCAPACIDADES NÚM TOTAL DÍAS FECHA PRIMERA INCAPACIDAD DD MM AA

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD LABORAL

FECHA DEL DIAGNOSTICO CLINICO

FECHA DE CALIFICACION DE ORIGEN

ENTIDAD QUE CALIFICA EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

ENFERMIDADES LABORALES PREVIAS COD CIE 10

DIAGNOSTICO EL:

COD CIE10:

FECHA DE LA CALIFICACION DE ORIGEN DEFINITIVA

ENTIDAD QUE CALIFICA EL ORIGEN DE MANERA DEFINITIVA

DIAGNOSTICO / COD CIE10

MUNICIPIO OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL

DEPARTAMENTO OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL

UBICACIÓN

U ☐

R ☐

FACTOR O AGENTE DE RIESGO (FR/AR) ASOCIADO:

EXISTE VIGILANCIA DE LA SALUD (AMBIENTE Y SALUD)

SI ☐

NO ☐

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

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

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

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

ANTECEDENTES DE SEGUIMIENTO BIOLOGICO DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DEL FACTOR O AGENTE DE RIESGO ASOCIADO

NÚMERO TOTAL DE DIAS DE AUSENTISMO POR AÑO QUE HA CAUSADO LA ENFERMEDAD EN LA EMPRESA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS O 5 AÑOS:

¿ EL TRABAJADOR HA REALIZADO ACTIVIDADES NO HABITUALES EN SU TRABAJO QUE HAYAN PODIDO OCASIONAR EXPOSICIONES IMPORTANTES ? SI ☐ NO ☒

DESCRIBA:

¿EL TRABAJADOR HA REALIZADO ACTIVIDADES FUERA DE SU TRABAJO QUE HAYAN PODIDO OCASIONAR EXPOSICIONES IMPORTANTES: SI ___ NO ___
DESCRIBA:

PERSONA RESPONSABLE DEL FUREL (Representante o Delegado), SI ÉSTE EXISTIÓ.															
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS						DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
						CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	N.U	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	PA	<input type="checkbox"/>
CARGO						No.									
FIRMA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DE LA POSIBLE ENFERMEDAD LABORAL (FUREL)									
						D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
						A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>

V. DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ÁRBOL DE CAUSAS (COLOQUE EL ARBOL DE CAUSAS EN ESTE SITIO O ANEXAR)

[illegible][illegible][illegible]

FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
-------------------------------------	--