



Plan Nacional de Educación **Multimodal** en SST 2026

Talentos que **hacen país**

Comunidad Nacional de Conocimiento en Normatividad y Actualizaciones Legales en Riesgos Laborales

Talentos que **hacen país**



SESIÓN 4: ENFERMEDAD LABORAL - REPORTE E INVESTIGACIÓN



Jesús Palomino Cervantes

COMUNIDAD NACIONAL DE CONOCIMIENTO EN NORMATIVIDAD Y
ACTUALIZACIONES LEGALES EN RIESGOS LABORALES



jesus.palomino@hotmail.com



3106403928

Perfil profesional:

- Abogado.
- Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social.
- Asesor empresarial Legislación en Riesgos Laborales.
- Catedrático especializaciones SST
- Youtuber legislación SST.
- Director “Academia Virtual JP”



Ruta del conocimiento

01

SESIÓN 1:
REFORMA LABORAL Y SST

02

SESIÓN 2:
ACTUALIZACIÓN Y
FUNCIONES DEL COMITÉ DE
CONVIVENCIA LABORAL

03

SESIÓN 3:
ASIGNACIÓN DE
RESPONSABILIDADES EN EL
SG-SST

04

SESIÓN 4:
ENFERMEDAD LABORAL -
REPORTE E INVESTIGACIÓN

05

SESIÓN 5:
REQUISITOS DE LOS
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN
DEL ACOSO SEXUAL

Ruta del conocimiento



06

SESIÓN 6:
PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN EN SST



07

SESIÓN 7:
INDICADORES MÍNIMOS EN
SST



08

SESIÓN 8:
COPASST Y ESTÁNDARES
MÍNIMOS DEL SG-SST



09

SESIÓN 9:
MOMENTOS PARA EVALUAR
EL SG-SST



10

SESIÓN 10:
ACTUALIZACIÓN LEGAL EN
SST

“ Trabaja de manera segura hoy.
Tu familia depende de ello. ”

Autor desconocido



Contenido

- 01. Enfermedad laboral
- 02. ¿Qué se califica?
- 03. Reporte enfermedad laboral
- 04. Investigación enfermedad laboral
- 05. Equipo investigador



01.

Estudiar los formatos para el reporte e investigación de la enfermedad laboral

02.

Determinar la conformación del equipo investigador de la enfermedad laboral

03.

Brindar herramientas para el correcto reporte e investigación de la enfermedad laboral

Objetivo



ENFERMEDAD LABORAL:

(Ley 1562 de 2012, art. 4)

la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a laborar



Origen del accidente, de la enfermedad y la muerte.

(Decreto 1295 de 1994, art. 12)

Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, **se consideran de origen común.**

Qué se califica?

Origen: común o laboral

PCL: Pérdida de capacidad laboral

Fecha estructuración de la invalidez

Concepto de rehabilitación

Decreto 780 de 2016, artículo 2.2.3.5.2.

El concepto de rehabilitación que deben expedir las entidades promotoras de salud o las entidades adaptadas **antes de cumplirse el día ciento veinte (120)** de la incapacidad de origen común deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

- (. . . .)
- **Descripción de las secuelas con el respectivo pronóstico (bueno, regular o malo)**
- (. . . .)

Concepto favorable de rehabilitación

(Ley 100/1.993, art 41, inciso 5°. Modificado por art 121 del Decreto 019/2012)

Para los casos de accidente o enfermedad común

en los cuales **exista concepto favorable de rehabilitación** de la Entidad Promotora de Salud,

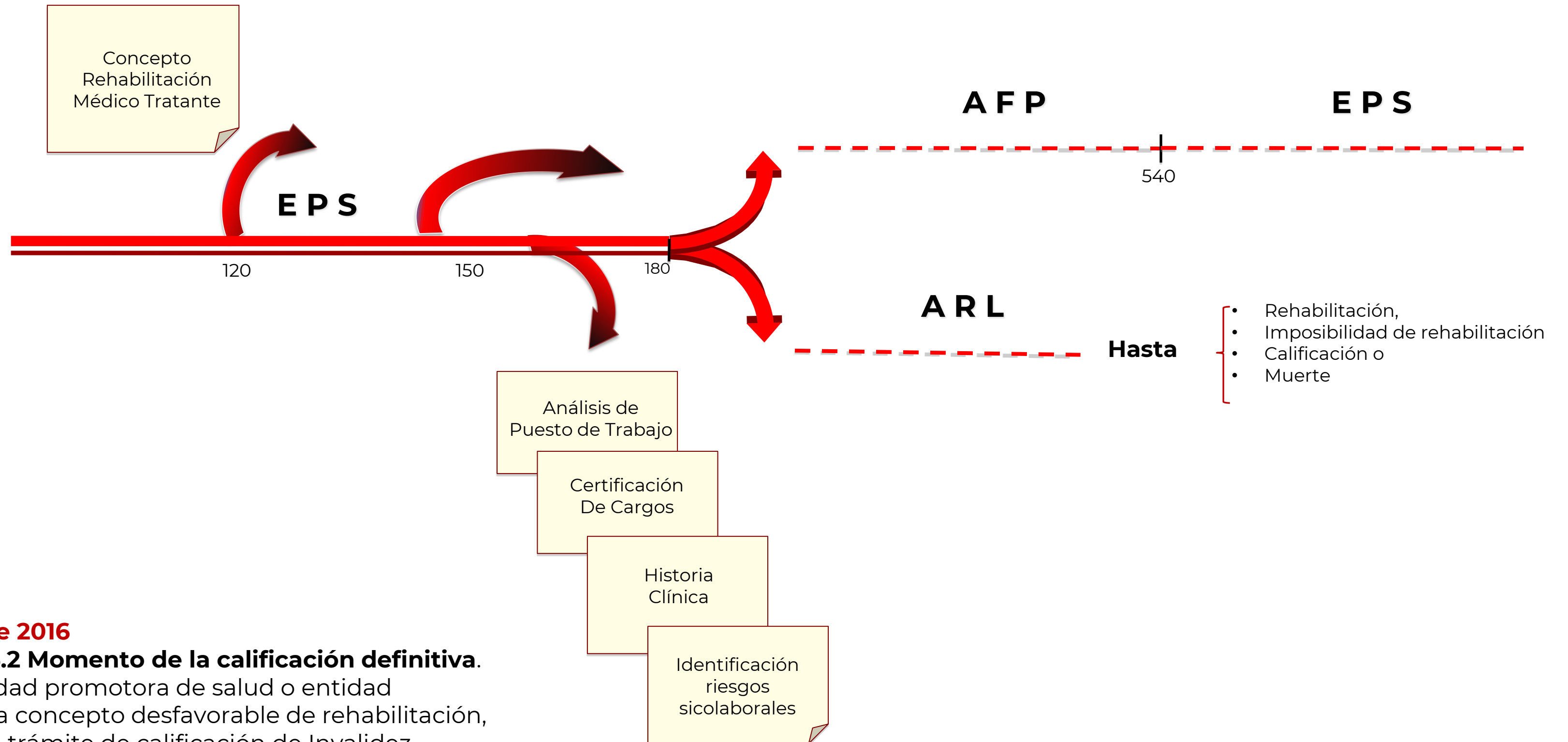
la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud,

evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido,

la Administradora de Fondos de Pensiones

otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

Calificación origen enfermedad



Decreto 780 de 2016

Artículo 2.2.3.6.2 Momento de la calificación definitiva.

Cuando la entidad promotora de salud o entidad adaptada emita concepto desfavorable de rehabilitación, se dará inicio al trámite de calificación de Invalidez



Reporte enfermedad laboral

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA
No. 000001

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

FORMATO DE ENFERMEDAD LABORAL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL

II. INFORMACIÓN GENERAL

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDAD(ES)

V. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

TRAFICO

Ley 9ª de 1979

Artículo 84. Todos los empleadores están obligados a:

(...)

- e. Registrar y notificar los accidentes y enfermedades ocurridos en los sitios de trabajo ...

Reporte enfermedad laboral:

Decreto 1295 de 1994, artículo 62

Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que ocurra en una empresa o actividad económica deberá ser informado por el respectivo empleador a la entidad administradora de riesgos profesionales y a la Entidad Promotora de Salud, en forma simultánea, **dentro de los dos días hábiles siguientes** de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.



REPORTE AL MINISTERIO DEL TRABAJO

Decreto 1072 de 2015, art. 2.2.4.1.7.



Los empleadores reportarán los accidentes graves y mortales, así como las enfermedades diagnosticadas como laborales, directamente a la Dirección Territorial u Oficinas Especiales correspondientes, **dentro de los dos (2) días hábiles siguientes** al evento o recibo del diagnóstico de la enfermedad . . .



DIAGNOSTICO



CALIFICACION



Certificado de Incapacidad

El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo:

(. . .)

11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)

(. . .)

Decreto 780 de 2016, art 2.2.3.3.2.

NUEVA EPS S.A REMISIÓN DE INCAPACIDAD

nueva
eps
gente cuidando gente

Consecutivo: 7001104469 Fecha Exped: 2023-06-23 07:39:51 Ciudad: IBAGUE
Grupo servicio: 01 - Consulta externa Modalidad servicio: 01 - Intramural

DATOS AFILIADO

Nombre	Identificación	Fecha Nacimiento	Edad
			67 Años
Tipo Cotizante	Empresa donde labora	Id Empresa	

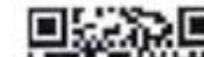
DATOS INCAPACIDAD/LICENCIA

Tipo Remision	Origen	Dias solicitados	Dias en Letra
AMBULATORIA	ENFERMEDAD GENERAL	15	QUINCE DIAS
Diagnostico Ppal	Diagnostico relacionado	Fecha Inicial	Fecha Final
M751	NO REGISTRA	2023-06-23	2023-07-07
Dias Acumulados	Presunto Origen	Incapacidad Retroactiva	Prorroga
0	Comun	NO	NO
Observacion	Causa que motiva la atención		
	CONTROL Y REPORTE DE EXAMANES		

DATOS DEL MEDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO

Nombre profesional	Identificación	Reg. profesional	Especialidad
			MEDICINA GENERAL
Razon social prestador	ID	Ciudad prestador	REPS
VIVA 1A IPS			

NOTAS ACLARATORIAS: Debe ingresar la identificación de la IPS. 0



DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

FORMATO DE INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL

No. 000001

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

NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO							CÓDIGO			
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO							CÓDIGO			
ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO							CÓDIGO			
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL			<input type="checkbox"/> (1) Empleador <input type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Independiente <input type="checkbox"/> (4) Cooperativa de Trabajo Asociado <input type="checkbox"/> (5) Agremiación <input type="checkbox"/> (6) Asociación							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)			CÓDIGO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				DIRECCIÓN PRINCIPAL						
NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.										
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)		DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA
										<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR										
CÓDIGO										
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:										
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO				CÓDIGO		DIRECCIÓN				
TELÉFONO		FAX		DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA	
									<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	

Formato informe de enfermedad laboral

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA A QUIEN SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD																																
TIPO DE IDENTIFICACIÓN						FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL																					
TI	CC	CE	NU	PA	No.	D	D	M	M	A	A	A	A	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> (1) Planta	<input type="checkbox"/> (3) Cooperado	<input type="checkbox"/> (5) Independ.														
														<input type="checkbox"/> (2) Misión		<input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz																
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE																							
DIRECCIÓN						TELÉFONO			FAX																							
DEPARTAMENTO				CÓDIGO		MUNICIPIO				CÓDIGO		ZONA																				
												<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R																				
OCUPACIÓN HABITUAL						CÓDIGO			FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA																							
									D			D			M			M			A			A			A			A		
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)						JORNADA DE TRABAJO HABITUAL																										
\$						<input type="checkbox"/> (1) DIURNA						<input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA						<input type="checkbox"/> (3) MIXTA						<input type="checkbox"/> (4) POR TURNOS								

Formato informe de enfermedad laboral

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD			
DIAGNOSTICADO POR			
<input type="checkbox"/> MÉDICO EPS <input type="checkbox"/> MÉDICO IPS <input type="checkbox"/> MÉDICO ARL <input type="checkbox"/> MÉDICO EMPRESA <input type="checkbox"/> MÉDICO PARTICULAR			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO		No. REGISTRO MÉDICO	FIRMA
DIAGNOSTICO(S)		CIE 10	
1:		D D M M A A A A	
2:		D D M M A A A A	
3:		D D M M A A A A	

IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDAD(ES)

QUÍMICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> Rocíos <input type="checkbox"/> Neblinas <input type="checkbox"/> Fibras <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	FÍSICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ruido <input type="checkbox"/> Vibraciones <input type="checkbox"/> Radiaciones <input type="checkbox"/> Ionizantes <input type="checkbox"/> Radiaciones no ionizantes <input type="checkbox"/> Presiones anormales <input type="checkbox"/> Efectos del estado del tiempo <input type="checkbox"/> Exposición al frío o calor <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Virus <input type="checkbox"/> Bacterias <input type="checkbox"/> Hongos <input type="checkbox"/> Parásitos <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	AMBIENTAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inadecuado tratamiento de aguas residuales <input type="checkbox"/> Inadecuada recolección, tratamiento y disposición de basuras y residuos peligrosos. <input type="checkbox"/> Inadecuado tratamiento de emisiones ambientales <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	ERGONÓMICO <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ ERGONÓMICO <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
---	--	---	--	--

Tiempo de exposición (meses)

Empresa

Factor de riesgo

Tiempo de exposición (meses)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR

Marque "SÍ", cuando la(s) evaluación(es) que le han realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.

Pre-ocupacional

SÍ NO

Periódica

SÍ NO

Egreso o postocupacional

SÍ NO

V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR

Marque "Sí", cuando la(s) evaluación(es) que le han realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.

Pre-ocupacional Sí NO

Periódica Sí NO

Egreso o postocupacional Sí NO

VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO	FECHA DE MONITOREO							
<input type="checkbox"/> Mediciones ambientales:		D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="checkbox"/> Indicaciones biológicas:		D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="checkbox"/> Estudio de puesto de trabajo:		D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="checkbox"/> Otros estudios:		D	D	M	M	A	A	A	A

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME

APELLIDOS Y NOMBRES RESPONSABLES DEL INFORME	CARGO	FIRMA
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.		

Rev. 3 Nov. 2010

OFIXPRES S.A.S. NIT. 900.155.825-1 TEL. 743 1550

- TRAFICO -

Formato informe de enfermedad laboral



suma 5.0



Investigación enfermedad laboral



Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboral.

Decreto 1072 de 2015, art 2.2.4.6.32, parágrafo 2.

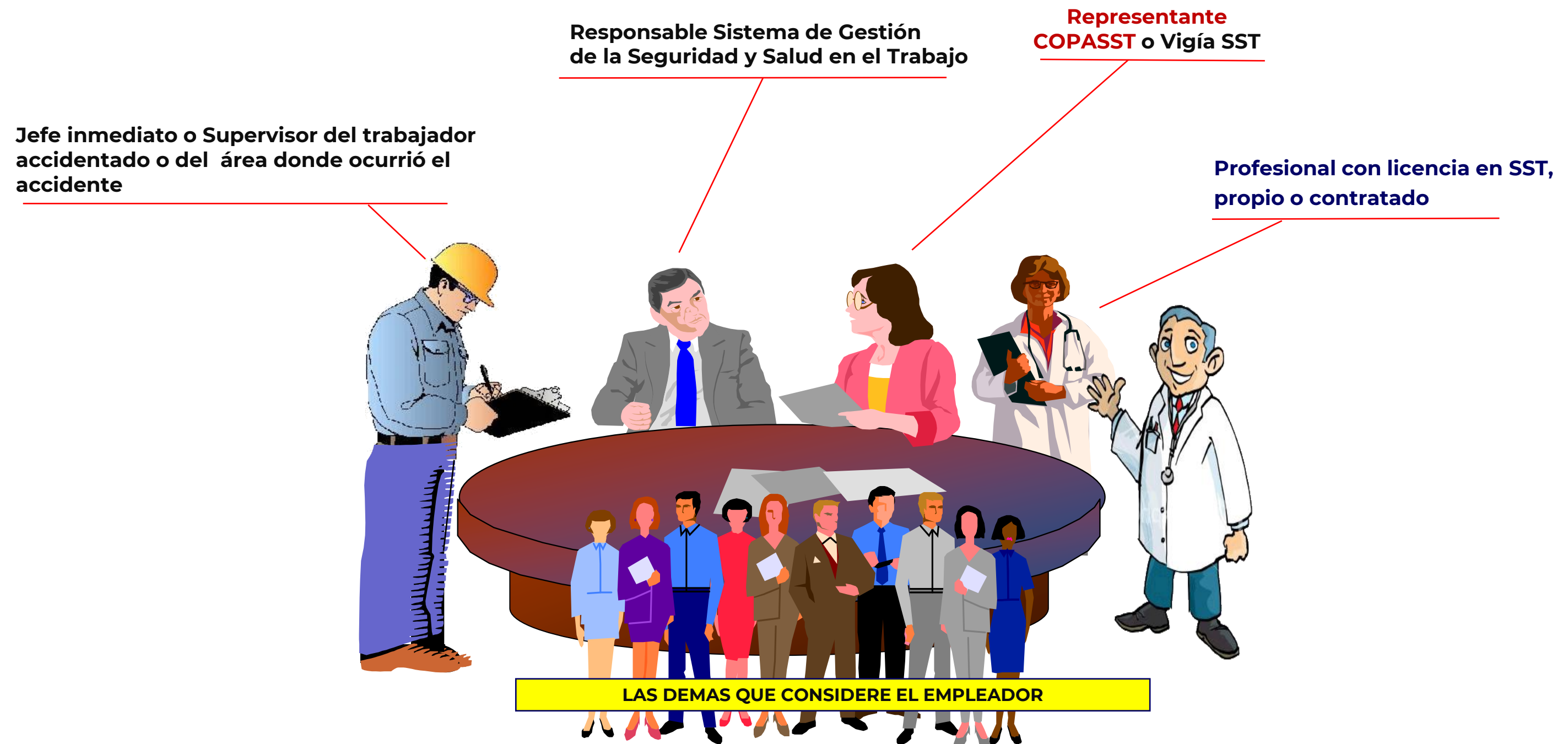
Para las investigaciones de que trata el presente artículo, el empleador debe conformar un equipo investigador que integre como mínimo

- al jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado o del área donde ocurrió el evento,
- a un representante del Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y
- al responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cuando el empleador no cuente con la estructura anterior, deberá conformar un equipo investigador por trabajadores capacitados para tal fin.

Equipo investigador de enfermedad laboral


Decreto 1072 de 2015, art 2.2.4.6.32, parágrafo 2.



The image displays several overlapping forms used for investigating occupational diseases. The forms are organized into several key sections:

- Worker Information:** Includes fields for name, ID, company, and contact details.
- Job Description:** Contains a table for 'Descripción de la tarea' and 'Descripción de la actividad', detailing work conditions, duration, and frequency.
- Medical History:** Includes a table for 'Historial de enfermedades' and 'Historial de lesiones', tracking past health issues and injuries.
- Investigation Details:** Contains sections for 'Datos de la investigación' and 'Datos de la enfermedad', providing context for the current case.
- Signatures and Dates:** Fields for the investigator's name, company, and the date of the report.

Formato investigación de enfermedad laboral

	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS						Código:	MIS_5_3_1_FR128									
	Proceso						Versión:	1									
	Gestión de Promoción y Prevención						Fecha:	2019-01-14									
	FORMATO																
	INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL																
Aprobó Francisco Luis Ortiz Lemos Gerente de Investigación y Control del Riesgo			Revisó Salin Eduardo Avellaneda Pinzón Lidér Sig- GICR			Elaboró Jineth Pilar Satizábal Moreno Profesional Especializado											
I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN			ENFERMEDAD LABORAL MORTAL						FECHA DE LA INVESTIGACIÓN								
			<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> No			D	D	M	M	A	A	A	A	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO	DIRECCIÓN											
		#N/D															
HORA EN LA QUE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN						RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN											
DE	H	H	M	M	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	A	H	H	M	M	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	NOMBRES Y APELLIDOS		PROFESIÓN		No. LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	
MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)											¿Cuáles?						
<input type="checkbox"/> Fotografías	<input type="checkbox"/> Videos	<input type="checkbox"/> Cintas de audio	<input type="checkbox"/> Ilustraciones	<input type="checkbox"/> Diagramas	<input type="checkbox"/> Otros												

Formato investigación de enfermedad laboral

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA										TIPO DE VINCULACION LABORAL										
										<input type="checkbox"/> (1) Empleador <input type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Independiente <input type="checkbox"/> (4) Cooperativa <input type="checkbox"/> (5) Agremiación <input type="checkbox"/> (6) Asociación										
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL					CÓDIGO					NOMBRE O RAZÓN SOCIAL										
TIPO DE IDENTIFICACION										DIRECCION PRINCIPAL										
<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA																				
No.																				
TELÉFONO			FAX			DEPARTAMENTO			CÓDIGO		MUNICIPIO			CÓDIGO		CORREO ELECTRONICO DEL EMPLEADOR			ZONA	
									#N/D										<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO										NOMBRE ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO										
										CÓDIGO										
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal?										Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo										
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																				
TELÉFONO			FAX			DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO										ZONA				
																<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana				
DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE TRABAJO					CÓDIGO					MUNICIPIO DEL CENTRO DE TRABAJO					CÓDIGO					
					#N/D															

Formato investigación de enfermedad laboral

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON LA ENFERMEDAD LABORAL A INVESTIGAR										TIPO DE VINCULACIÓN																													
										<input type="checkbox"/> (1)Planta		<input type="checkbox"/> (2)Misión		<input type="checkbox"/> (3)Cooperado		<input type="checkbox"/> (4)Estudiante/aprendiz		<input type="checkbox"/> (5)Independiente																					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI					PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE																			
No																																							
FECHA DE NACIMIENTO					SEXO					EPS EN LA QUE ESTÁ AFILIADO					CÓDIGO EPS					AFP EN LA QUE ESTÁ AFILIADO					CÓDIGO AFP					ARL EN QUE ESTÁ AFILIADO					CÓDIGO ARL				
DD/MM/AAAA															#N/D										#N/D										#N/D				
DEPARTAMENTO										CÓDIGO					MUNICIPIO										CÓDIGO														
										#N/D																													
TELÉFONO					CELULAR					CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR					DIRECCIÓN										ZONA														
																									<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana														
IV. INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO										CARGO ACTUAL															ANTIGÜEDAD EN EL CARGO														

Formato investigación de enfermedad laboral

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO				CARGO ACTUAL				ANTIGÜEDAD EN EL CARGO							
								Años		Meses					
OCUPACIÓN HABITUAL				CÓDIGO				TIEMPO EN LA OCUPACIÓN							
								Años		Meses					
JORNADA DE TRABAJO ACTUAL				FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA											
<input type="checkbox"/> (1)Diurna <input type="checkbox"/> (2)Nocturna <input type="checkbox"/> (3)Mixta <input type="checkbox"/> (4)Turnos				D	D	M	M	A	A	A	A				
¿LA EXPOSICION OCURRIÓ EN EL CARGO ACTUAL?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Solo en caso negativo diligenciar las siguientes 3 casillas	NOMBRE DEL CARGO					ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	Años		JORNADA DE TRABAJO DEL CARGO	<input type="checkbox"/> (1)Diurna <input type="checkbox"/> (2)Nocturna <input type="checkbox"/> (3)Mixta <input type="checkbox"/> (4)Turnos			
CONDICIONES DEL PUESTO DE TRABAJO RELACIONADO CON LA EL															
CARGO	TAREAS DEL CARGO RELACIONADO CON LA EL						Tiempo de dedicación a la tarea en horas	Dedicación JL	Relación con la EL						
MEDIDAS PREVENTIVAS ASUMIDAS RELACIONADAS CON LA EL INVESTIGADA	Cargo														
	Formación e información	<input type="checkbox"/>	Protección colectiva	<input type="checkbox"/>	EPP	<input type="checkbox"/>	Diseño puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	Organización del Trabajo	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>			
	Cargo														
	Formación e información	<input type="checkbox"/>	Protección colectiva	<input type="checkbox"/>	EPP	<input type="checkbox"/>	Diseño puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	Organización del Trabajo	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>			
¿Se ha realizado evaluación del puesto de trabajo con fines preventivos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si se generaron recomendaciones ¿Estas fueron implementadas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Observaciones											
¿Esta persona ha realizado actividades no habituales en su trabajo que hayan podido ocasionar exposiciones importantes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Descripción													

V. INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD LABORAL			FECHA CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LA EL							ENTIDAD QUE CALIFICÓ EL ORIGEN LABORAL			
			D	D	M	M	A	A	A	A			
¿LA EL CAUSÓ LA MUERTE DEL TRABAJADOR?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR	DD/MM/AAAA	EDAD AL MOMENTO DE MORIR	#¡VALOR!	ANOS PERDIDOS POR MUERTE PREMATURA	FALSO					
DIAGNÓSTICO							CÓDIGO CIE						
No de trabajadores en el mismo cargo o en cargos similares					Cargos similares								
No de trabajadores en este(os) cargo(s) que han presentado la misma enfermedad o enfermedades similares en alguna ocasión					Diagnósticos similares en código CIE 10								
Nombres y Apellidos							Año de diagnóstico						

Formato investigación de enfermedad laboral

VI. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS														
1. CAUSAS RELATIVAS A LA EXPOSICIÓN														
Diligente de acuerdo al agente(s) causal(es) de la(s) enfermedad(es) que investiga expuestas en la Tabla de Enfermedades Laborales (Decreto 1477 de 2014). Recuerde que una sola enfermedad puede ser generada por varios agentes causales, diligencie tantas tablas como requiera.														
Enfermedades laborales producidas por agentes químicos (Todos los grupos de la Tabla de Enfermedad Laboral, excepto el 1)														
Cargos/ puesto	Identificación del(s) agente(s) químicos relacionados con la EL		Fases HP	Tipo de actividad		Tiempo de exposición		TLV Corregido	Concentración hallada	Fecha de medición			Nivel de riesgo	Vía de entrada
	CAS	Nombre de la sustancia		No Rutinaria	No Rutinaria	Meses	Horas			Día	Mes	Año		
Registre en la siguiente casilla resultados de indicadores biológicos, exposición acumulada del trabajador con la enfermedad laboral investigada y demás información que pueda ser relevante para el análisis causal.														
Observaciones														
Enfermedades laborales producidas por agentes biológicos (Grupos 1 y 9 de la Tabla de Enfermedad Laboral)														
Cargos/ puesto	Identificación del(s) agente(s) biológicos relacionados con la EL	Identificación de la fuente donde estaba contenido el agente	Posible mecanismo de transmisión	Tipo de Actividad		Tiempo de exposición		Frecuencia de realización de tareas de riesgo						
				Rutinaria	No Rutinaria	Meses	Horas							
Exposiciones accidentales previas relacionadas con la enfermedad														
Registre en la siguiente casilla resultados de pruebas relacionadas con la enfermedad laboral investigada y demás información que pueda ser relevante para el análisis causal.														
Observaciones														
Enfermedades laborales producidas por agentes físicos (Grupos 2, 3, 6, 7, 8, 11 y 12 de la Tabla de Enfermedad Laboral)														
Ruido														
Cargos/ puesto/ oficina	Fuentes	Tiempo de exposición		Nivel ambiental	Fecha de medición			Exposición a sustancias químicas dotoxicas	Exposiciones accidentales previas relacionadas con la enfermedad					
		Meses	Horas		Día	Mes	Año							
Registre en la siguiente casilla resultados de exposición acumulada del trabajador con la enfermedad laboral investigada y demás información que pueda ser relevante para el análisis causal.														
Observaciones														
Temperatura														
Cargos/ puesto/ oficina	Descripción de la actividad	Duración de la actividad (minutos) / por ciclo de trabajo diario (minutos)	Frecuencia de la actividad	Tipo de trabajo según la carga metabólica de la actividad	WBGT medido	Tiempo de exposición		Tasa de trabajo / Recuperación: % - %	Fecha de medición					
						Meses	Horas		Día	Mes	Año			
Registre en la siguiente casilla información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.														
Observaciones														
Radiaciones														

Cargos/ puesto/ oficina	Descripción de la fuente	Descripción de la actividad	Condiciones de la exposición		Tiempo de exposición		Dosis/metría	Fecha de medición							
			Meses	Horas	Meses	Horas		Día	Mes	Año					
Registre en la siguiente casilla información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.															
Observaciones															
Vibración															
Cargos/ puesto/ oficina	Descripción de la fuente	Tipo de vibración	Tiempo de exposición	Características Locativas (Aplica para VCE)	Características de la herramienta (Aplica para VMB)	Nivel ambiental total			Análisis espectral		Fecha de medición			Exposición a ruido	
						Acceleración total equivalente	En dirección	Acceleración dominante	Frecuencia	Acceleración	Día	Mes	Año		SI
Registre en la siguiente casilla información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.															
Observaciones															
Enfermedades laborales producidas por agentes psicosociales y accidentes de trabajo que genera compromiso psiquiátrico (Grupos 4, 8 y 10 de la Tabla de Enfermedad Laboral)															
Si el evento investigado es por accidente que genera compromiso psiquiátrico amplie la información que considere necesaria de las condiciones en las que este se presentó en términos de tiempo, modo y lugar.															
Variables psicosociales			Frecuencia de presentación			Tiempo de exposición			Intensidad			Observaciones			
Intralaboral			Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo				
Extralaboral															
Dignos y síntomas de estrés															
Otras Variables psicosociales			Vulnerabilidad			Observaciones									
Condiciones Individuales															
Otras condiciones relevantes no contempladas anteriormente															
Nivel de Riesgo Intralaboral			Nivel de Riesgo Extralaboral			Nivel de Riesgo Individual			Nivel de Estrés						
Registre en la siguiente casilla cualquier información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.															
Observaciones															
Enfermedades laborales asociadas a carga física (Grupos 5 y 12 de la Tabla de Enfermedad Laboral)															
Considerando la multicausalidad de los trastornos músculo esqueléticos, señale según corresponda, la presencia de los aspectos de la carga física en las tareas asociadas a la EL. Adicionalmente, recuerde indagar y considerar de acuerdo al diagnóstico:															
- Condiciones del puesto de trabajo (Inadecuadas condiciones de diseño y/o Mal funcionamiento y mantenimiento en equipos, máquinas y herramientas; Espacio inadecuado para las tareas a desarrollar).															
- Aspectos psicosociales (Trabajo nocturno; Jornada de trabajo que supera las 8 horas diarias y/o las 48 horas semanales; Ausencia de formalización de pausas o descansos durante la jornada de trabajo; Tareas monótonas y repetitivas; Falta de autonomía para establecer el ritmo de trabajo; Falta de apoyo social; Deficit en la planificación del trabajo; Deficit de tiempo para desarrollar las tareas asignadas; Altas demandas mentales).															
- Condiciones ambientales físicas (Inconfort debido a bajas temperaturas (menor a 10°); a condiciones de iluminación; a vibraciones (de cuerpo entero y mano-brazo).															
Postura de pie prolongada		Postura sedente prolongada		Posturas incómodas en uno o los dos brazos-manos al realizar el trabajo		Posturas incómodas en una o las dos piernas al realizar el trabajo		Posturas incómodas de la espalda debido a la altura de las superficies de trabajo o al tener que girar o inclinar el tronco							
Labores repetitivos en columna		Labores repetitivos en brazos-muñeca y mano		Esfuerzo de uno o los dos brazos-manos		Periodos de recuperación física insuficientes a lo largo de la jornada laboral (pausas <10 minutos por hora si las tareas son repetitivas)		Esfuerzo de una o las dos manos		Esfuerzo de todo el cuerpo		Manipulación manual de cargas			

Resumen de la exposición asociada a DME				
2. CAUSAS RELATIVAS A LA GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN				
Señale si existen deficiencias en la implementación de las siguientes medidas que hayan podido intervenir en la aparición de la enfermedad laboral que se investiga				
No Existe	Existe pero es inadecuado/insuficiente	Fecha de implementación de la medida	Observaciones	
		DDMMAAAA	Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	
		DDMMAAAA	Adopción de medidas de prevención en el origen	
		DDMMAAAA	Prevención en el diseño del puesto de trabajo	
		DDMMAAAA	Formación/información específica respecto al riesgo	
		DDMMAAAA	Procedimientos/instrucciones de trabajo	
		DDMMAAAA	Organización del trabajo	
		DDMMAAAA	Protección colectiva	
		DDMMAAAA	Equipos y elementos de protección personal	
		DDMMAAAA	Control periódico de las condiciones ambientales	
		DDMMAAAA	Seguimiento de las instrucciones de trabajo	
		DDMMAAAA	Mantenimiento periódico de los equipos de trabajo y herramientas	
		DDMMAAAA	Mantenimiento periódico de los equipos y elementos de protección colectiva e individual	
		DDMMAAAA	Implementación de Programas de Vigilancia Epidemiológica	
		DDMMAAAA	Aplicación de principios preventivos en las políticas de compras	
		DDMMAAAA	Aplicación de principios preventivos en el diseño del puesto o tarea	
		DDMMAAAA	Otra:	
Otros datos de interés				
3. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD LABORAL				
Considerando las causas relativas a la exposición y las causas relativas a la gestión de la prevención que se han identificado, emitir un juicio señalando las causas principales que han originado la enfermedad investigada				

VI. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

1. CAUSAS RELATIVAS A LA EXPOSICIÓN

Diligencie de acuerdo al agente(s) causal(es) de la(s) enfermedad(es) que investiga expuestos en la Tabla de Enfermedades Laborales (Decreto 1477 de 2014). Recuerde que una sola enfermedad puede ser generada por varios agentes causales, diligencie tantas tablas como requiera.

Enfermedades laborales producidas por agentes químicos (Todos los grupos de la Tabla de Enfermedad Laboral, excepto el 1)

Cargo/ oficio/ puesto	Identificación del(os) agente(s) químicos relacionados con la EL		Frases H/P	Tipo de actividad		Tiempo de exposición		TLV Corregido	Concentración hallada	Fecha de medición			Nivel de riesgo	Vía de entrada
	CAS	Nombre de la sustancia		Rutinaria	No Rutinaria	Meses	Hr/día			Día	Mes	Año		

Registre en la siguiente casilla resultados de indicadores biológicos, exposición acumulada del trabajador con la enfermedad laboral investigada y demás información que pueda ser relevante para el análisis causal.

Observaciones	
---------------	--

Enfermedades laborales producidas por agentes biológicos (Grupos 1 y 9 de la Tabla de Enfermedad Laboral)								
Cargo/ oficio/ puesto	Identificación del(os) agente(s) biológicos relacionados con la EL	Identificación de la fuente donde estaba contenido el agente	Posible mecanismo de transmisión	Tipo de Actividad		Tiempo de exposición		Frecuencia de realización de tareas de riesgo
				Rutinaria	No Rutinaria	Meses	Hr/día	
Exposiciones accidentales previas relacionadas con la enfermedad								
Registre en la siguiente casilla resultados de pruebas relacionadas con la enfermedad laboral investigada y demás información que pueda ser relevante para el análisis causal.								
Observaciones								

Enfermedades laborales producidas por agentes físicos (Grupos 2, 5, 6, 7, 9, 11 y 12 de la Tabla de Enfermedad Laboral)													
Ruido													
Cargo/ puesto/ oficio	Fuentes	Tiempo de exposición		Nivel ambiental	Fecha de medición			Dosis de ruido	Fecha de medición			Exposición a sustancias químicas ototóxicas	Exposiciones accidentales previas relacionadas con la enfermedad
		Meses	Hr/día		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año		
Registre en la siguiente casilla resultados de exposición acumulada del trabajador con la enfermedad laboral investigada y demás información que pueda ser relevante para el análisis causal.													
Observaciones													
Temperatura													
Cargo/ puesto/ oficio	Descripción de la actividad	Duración de la actividad (minutos) / por ciclo de trabajo diario (minutos)	Frecuencia de la actividad	Tipo de trabajo según la carga metabólica de la actividad	WBGT medido	Tiempo de exposición		Tasa de trabajo / Recuperación: % - %	Fecha de medición				
						Meses	Hr/día		Día	Mes	Año		
Registre en la siguiente casilla información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.													
Observaciones													

Radiaciones									
Cargo/ puesto/ oficio	Descripción de la fuente	Descripción de la actividad	Condiciones de la exposición	Tiempo de exposición		Dosimetría	Fecha de medición		
				Meses	Hr/día		Día	Mes	Año
Registre en la siguiente casilla información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.									
Observaciones									

Vibracion																	
Cargo/ puesto/ oficio	Descripción de la fuente	Tipo de vibración		Tiempo de exposición		Características Locativas (Aplica para VCE)	Características de la herramienta (Aplica para VMB)	Nivel ambiental total			Análisis espectral		Fecha de medición			Exposición a ruido	
		CE	MB	Meses	Hr /Dia			Aceleración total equivalente	Eje dominante	Aceleración eje dominante	Frecuencia	Aceleración	Día	Mes	Año	Si	No
Registre en la siguiente casilla información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.																	
Observaciones																	

Enfermedades laborales producidas por agentes psicosociales y accidentes de trabajo que genera compromiso psiquiátrico (Grupos 4, 8 y 10 de la Tabla de Enfermedad Laboral)											
Si el evento investigado es por accidente que genera compromiso psiquiátrico amplie la información que considere necesaria de las condiciones en las que este se presentó en términos de tiempo, modo y lugar.											
Variables psicosociales		Frecuencia de presentación			Tiempo de exposición			Intensidad			Observaciones
		Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	
Intralaboral											
Extralaboral											
Signos y síntomas de estrés											
Otras Variables psicosociales		Vulnerabilidad			Observaciones						
		Alto	Medio	Bajo							
Condiciones individuales											
Otras condiciones relevantes no contempladas anteriormente											
Nivel de Riesgo intralaboral		Nivel de Riesgo Extralaboral			Nivel de Riesgo Individual			Nivel de Estrés			
Registre en la siguiente casilla cualquier información adicional que pueda ser relevante para el análisis causal.											
Observaciones											

Enfermedades laborales asociadas a carga física (Grupos 5 y 12 de la Tabla de Enfermedad Laboral)

Considerando la multicausalidad de los desórdenes músculo esqueléticos, señale según corresponda, la presencia de los aspectos de la carga física en las tareas asociadas a la EL. Adicionalmente, recuerde indagar y considerar de acuerdo al diagnóstico:

- Condiciones del puesto de trabajo (Inadecuadas condiciones de diseño y/o Mal funcionamiento y mantenimiento en equipos, máquinas y herramientas; Espacio inadecuado para las tareas a desarrollar).
- Aspectos psicosociales (Trabajo nocturno; Jornada de trabajo que supera las 8 horas diarias y/o las 48 horas semanales; Ausencia de formalización de pausas o descansos durante la jornada de trabajo; Tareas monótonas y repetitivas; Falta de autonomía para establecer el ritmo de trabajo; Falta de apoyo social; Déficit en la planificación del trabajo; Déficit de tiempo para desarrollar las tareas asignadas; Altas demandas mentales).
- Condiciones ambientales físicas (Inconfort debido a bajas temperaturas (menor a 18°); a condiciones de iluminación; a vibraciones (de cuerpo entero y mano-brazo).

Postura de pie prolongada		Postura sedente prolongada		Posturas incómodas en uno o los dos brazos-manos al realizar el trabajo		Posturas incómodas en una o las dos piernas al realizar el trabajo		Posturas incómodas de la espalda debido a la altura de las superficies de trabajo o al tener que girar o inclinar el tronco	
Labores repetitivas en columna	Labores repetitivas en brazos-muñeca y mano	Esfuerzo de uno o los dos brazos-manos	Periodos de recuperación física insuficientes a lo largo de la jornada laboral (pausas <10 minutos por hora si las tareas son repetitivas)	Esfuerzo de una o las dos manos	Esfuerzo de todo el cuerpo	Manipulación manual de cargas			

Resumen de la exposición asociada a DME

2. CAUSAS RELATIVAS A LA GESTION DE LA PREVENCION				
Señale si existen deficiencias en la implementación de las siguientes medidas que hayan podido intervenir en la aparición de la enfermedad laboral que se investiga	No Existe	Existe pero es inadecuado /insuficiente	Fecha de implementación de la medida	Observaciones
Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos			DD/MM/AAAA	
Adopción de medidas de prevención en el origen			DD/MM/AAAA	
Organización del trabajo			DD/MM/AAAA	
Protección colectiva			DD/MM/AAAA	
Equipos y elementos de protección personal			DD/MM/AAAA	
Control periódico de las condiciones ambientales			DD/MM/AAAA	
Seguimiento de las instrucciones de trabajo			DD/MM/AAAA	
Mantenimiento periódico de los equipos de trabajo y herramientas			DD/MM/AAAA	
Mantenimiento periódico de los equipos y elementos de protección colectiva e individual			DD/MM/AAAA	
Implementación de Programas de Vigilancia Epidemiológica			DD/MM/AAAA	
Aplicación de principios preventivos en las políticas de compras			DD/MM/AAAA	
Aplicación de principios preventivos en el diseño del puesto o tarea			DD/MM/AAAA	
Otra:			DD/MM/AAAA	
Otros datos de interés				

3. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD LABORAL

Considerando las causas relativas a la exposición y las causas relativas a la gestión de la prevención que se han identificado, emitir un juicio señalando las causas principales que han originado la enfermedad investigada

VII. MEDIDAS PREVENTIVAS A ADOPTAR PARA EVITAR LA APARICIÓN DE NUEVOS CASOS

Cada causa anotada deberá generar al menos una medida preventiva para evitar la ocurrencia de nuevos casos.

MEDIDAS PREVENTIVAS A ADOPTAR	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN	Fecha de ejecución	
		Mes	Año
Prevención en el origen			
Evaluación específica del riesgo			
Organización del puesto de trabajo			
Protección colectiva			
Protección individual			
Formación/información			
Vigilancia médica de la salud			
Otras medidas para la mejora de la gestión de la prevención de la empresa			

VIII. DATOS SOBRE EL GRUPO INVESTIGADOR																									
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR			NOMBRES Y APELLIDOS				CARGO			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA																									
No																									
RESPONSABLE SG-SST			NOMBRES Y APELLIDOS				CARGO			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA																									
No																									
INTEGRANTE DEL COPASST O VIGIA			NOMBRES Y APELLIDOS				CARGO			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA																									
No																									
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN			NOMBRES Y APELLIDOS				CARGO			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA																									
No																									
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN			NOMBRES Y APELLIDOS				CARGO			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA																									
No																									
ANÁLISIS ESPECIALIZADO																									
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL			NOMBRES Y APELLIDOS				LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA							No		Año																
No																									
Diligenciar sólo cuando interviene un representante de la ARL en la investigación																									
REPRESENTANTE DE LA ARL			NOMBRES Y APELLIDOS				LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA							No		Año																
No																									
EMPRESA QUE REPRESENTA (Cuando es un proveedor contratado por la empresa)						NOMBRE		NIT																	
IX. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL						FECHA DE REMISIÓN		D		D		M		M		A		A		A		A		No DE FOLIOS	
REPRESENTANTE LEGAL			NOMBRES Y APELLIDOS				CARGO			FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA																									
No																									
FECHA REMISIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA ARL AL EMPLEADOR			FECHA DE REMISIÓN DE INFORME DE LA ARL A DIR. TERRITORIAL MIN. DE TRABAJO				RESPONSABLE DE REMISIÓN POR PARTE DE LA ARL A DIRECCIÓN TERRITORIAL DE MIN. DE TRABAJO					CARGO													
D			D			M			M			A			A			A			A				

SEGUIMIENTO A LA GESTION

X. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA No			
¿Fueron efectivas las medidas de intervención? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No FECHA DE VERIFICACIÓN	Observaciones		
D D M M A A A A			

XI. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARL

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA No			
¿Fueron efectivas las medidas de intervención? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No FECHA DE VERIFICACIÓN	Observaciones y recomendaciones ARL		
D D M M A A A A			

Este formato fue diseñado basado en el Protocolo de Investigación de Enfermedades Profesionales del Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia y en el Procedimiento de Investigación de Enfermedades Profesionales del Instituto Navarro de Salud Laboral.

REPORTE, INVESTIGACION E INFORME

	SE REPORTA A LA EPS-ARL	SE NOTIFICA A MINTRABAJO	SE INVESTIGA	ENVIA INVESTIGACION A LA ARL
INCIDENTE	NO	NO	SI	NO
ACCIDENTE LEVE	SI	NO	SI	NO
ACCIDENTE GRAVE	SI	SI	SI	SI
ACCIDENTE MORTAL	SI	SI	SI	SI
ENFERMEDAD LABORAL	SI	SI	SI	SI

ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST

TABLA DE VALORES Y CALIFICACIÓN

CICLO	ESTÁNDAR	ITEM DEL ESTÁNDAR	Valor del ítem del estándar	PESO PORCENTUAL	Puntaje posible			CALIFICACIÓN DE LA EMPRESA O CONTRATANTE
					Cumple Totalmente	No cumple	No Aplica	
II. HACER	GESTIÓN DE LA SALUD (20%)	Condiciones de salud en el trabajo (9%)	3.1.1 Descripción Sociodemográfica- Diagnóstico de Condiciones de Salud	1	9			
			3.1.2 Actividades de Promoción y Prevención en Salud.	1				
			3.1.3 Información al médico de los perfiles de cargo.	1				
			3.1.4 Realización de Evaluaciones Médicas Ocupacionales -Peligros- Periodicidad- Comunicación al Trabajador	1				
			3.1.5 Custodia de Historias Clínicas.	1				
			3.1.6 Restricciones y recomendaciones médico/laborales.	1				
			3.1.7 Estilo de vida y entornos saludables (controles tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y otros).	1				
			3.1.8 Agua potable, servicios sanitarios y disposición de basuras.	1				
			3.1.9 Eliminación adecuada de residuos sólidos, líquidos o gaseosos.	1				
	Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo (5%)	3.2.1 Reporte de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo.	2	5				
		3.2.2 Investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales	2					
		3.2.3 Registro y análisis estadístico de accidentes y enfermedades laborales	1					
	Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores (6%)	3.3.1 Medición de la frecuencia de la accidentalidad	1	6				
		3.3.2 Medición de la severidad de la accidentalidad	1					
		3.3.3 Medición de la mortalidad por Accidentes de Trabajo	1					
		3.3.4 Medición de la prevalencia de Enfermedad Laboral	1					
		3.3.5 Medición de la incidencia de Enfermedad Laboral	1					
		3.3.6 Medición del ausentismo por causa médica	1					
	Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (15%)	4.1.1 Metodología para la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	4	15				
		4.1.2 Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa.	4					
4.1.3 Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda		3						
4.1.4 Realización mediciones ambientales químicas, físicos y biológicos.		4						
Peligros y Riesgos (30%)		4.2.1 Implementación de medidas de prevención y control frente a peligros/riesgos identificados	2.5					
		4.2.2 Verificación de aplicación de medidas de prevención y control por parte	2.5					

Bibliografía:

- <https://www.posipedia.com.co>
- <https://www.presidencia.gov.co>
- <https://www.mintrabajo.gov.co>
- <https://www.minsalud.gov.co>
- <https://www.imprenta.gov.co>
- <https://www.funcionpublica.gov.co>

Evaluémonos



Recuerda que Positiva tiene para ti:



posipedia

<https://www.posipedia.com.co/>



Cursos virtuales



Artículos



Audios



Juegos digitales



OVAs



Guías



Mailings



Videos



¿Quieres profundizar tus conocimientos y potenciar tus competencias en SST?

¡Capacítate y fortalece la seguridad de tu empresa!

CURSOS

**VIRTUALES SG-SST
DE 50 Y 20 HORAS**

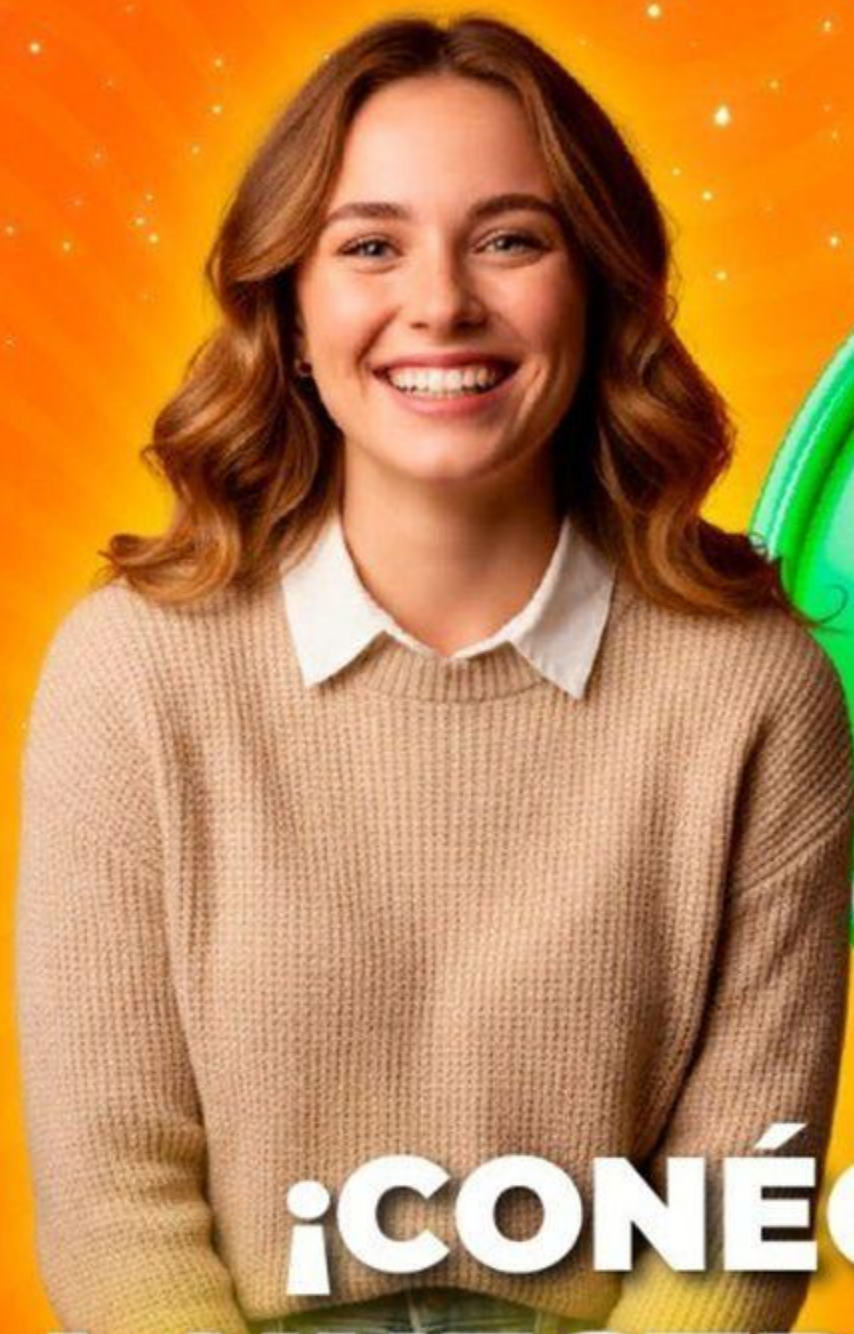
Escanea e insíbete



Para trabajadores de todas las empresas, áreas y sectores.

¡TE ESPERAMOS!





**¡CONÉCTATE
A NUESTRO CANAL
de WhatsApp!**

POSITIVA PREVENCIÓN



Descubre campañas, novedades y tips en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) que te ayudarán a fortalecer tu bienestar y la cultura de prevención laboral.

**¡Únete y sé parte de la
comunidad de Positiva!**

¡Síguenos en nuestra COMUNIDAD EDUCATIVA!



Escanea el código QR para entrar
a nuestro Canal de Whatsapp