



INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

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

| | | | |
|---|------------|----------------------------|----------------------------|
| EPS a la que está afiliado | Código EPS | ARL a la que está afiliado | Código ARL |
| AFP a la que está afiliado Seguro Social (Indicar nombre AFP si no es el Seguro Social) | | | Código AFP o Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuál _____ | | | |

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

| | | | |
|---|-------------|--|---|
| Tipo de vinculador laboral <input type="checkbox"/> (1) Empleador <input type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Cooperativa de Trabajo Asociado | | | |
| SEDE PRINCIPAL | | | |
| Nombre de la actividad económica | Código | Nombre o razón social | Tipo de identificación <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA No. _____ |
| Dirección | Teléfono | Fax | Correo Electrónico (E-mail) |
| Departamento | Código DANE | Municipio | Código DANE Zona <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R |
| CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR | | | |
| ¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Nombre de la actividad económica del centro de trabajo | |
| Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo: | | Código de la actividad económica del centro de trabajo | |
| Dirección | Teléfono | Fax | |
| Departamento | Código DANE | Municipio | Código DANE Zona <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R |

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

| | | | | |
|---|-------------------------------|---|--|---|
| Tipo de vinculación <input type="checkbox"/> (1) Planta <input type="checkbox"/> (2) Misión <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz <input type="checkbox"/> (5) Independiente | | Código Independiente | Primer apellido | Segundo apellido |
| Primer nombre | | Segundo nombre | | Tipo de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA No. _____ |
| DÍA MES AÑO | Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Dirección | Teléfono |
| Fax | Departamento | Código DANE | Municipio | Código DANE Zona <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R |
| Cargo | Ocupación habitual | Código ocupación habitual | Tiempo de Ocupación habitual al momento del diagnóstico de la enfermedad (en días y meses) | DÍA(S) MES(ES) |
| DÍA MES AÑO | Fecha de ingreso a la empresa | Salario u honorarios (mensual) | Jornada de Trabajo habitual | <input type="checkbox"/> Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Turnos |

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

| | | |
|--------------------------------|------------------------|---|
| Diagnóstico | Código del diagnóstico | Diagnostificada por 1. <input type="checkbox"/> Md EPS* 3. <input type="checkbox"/> Md ARP 2. <input type="checkbox"/> Md IPS 4. <input type="checkbox"/> Md Empresa* 5. <input type="checkbox"/> Md Particular* |
| Apellidos y nombres del médico | Registro médico | Fecha del diagnóstico DÍA MES AÑO |

IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD

Existe información 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 | CUÁLES FACTORES | TIEMPO EXPOSICIÓN EMPRESA O CONTRATO (en meses) | TIEMPO EXPOSICIÓN EN EMPRESAS O CONTRATOS ANTERIORES (en meses) |
|------------------|-----------------|---|---|
| (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.

| | SI | NO | TIPO-CUÁLES | FECHA |
|----------------------------------|----|----|-------------|-----------------|
| (1) MEDICIONES AMBIENTALES | | | | DÍA MES AÑO |
| (2) INDICADORES BIOLÓGICOS | | | | DÍA MES AÑO |
| (3) ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO | | | | DÍA MES AÑO |
| (4) OTROS | | | | DÍA MES AÑO |

| | | | |
|--|---|---|--------|
| RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado): | | | |
| Apellidos y nombres completos | | Documento de identidad <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA No. _____ | Cargo: |
| DÍA MES AÑO | Fecha de diligenciamiento del informe de enfermedad profesional | Firma | |

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Para el diligenciamiento del informe de la enfermedad laboral se seguirá el siguiente instructivo para cada una de las enfermedades que sean diagnosticadas a los trabajadores:

Responda cada una de las preguntas indicadas, con letra imprenta clara o a máquina de escribir.
El formato se deberá diligenciar por cada uno de los diagnósticos de enfermedad que presente un trabajador.

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 a quien se le diagnosticó la enfermedad laboral.

Código EPS: Anote el código establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para la entidad promotora de salud correspondiente.

ARP 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.

Código ARP: Anote el código establecido por la Superintendencia Financiera para la administradora de riesgos laborales correspondiente,

AFP a la que está afiliado: Marque con una X en la casilla correspondiente si se trata o no del Seguro Social. En caso negativo, mencione la administradora de fondos de pensiones a la que se encuentra afiliado el trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad laboral.

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

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA.

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 vigente 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.

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= Nuipe 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 de la Protección Social 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 de la Protección Social 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 LABORAL EL TRABAJADOR: Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador. En el espacio del 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, 3 al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso.

Indicar en la casilla correspondiente si 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 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.

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 profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social 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 profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social 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).

II. INFORMACION DE LA PERSONA A QUIEN SE LE DIAGNOSTICO LA ENFERMEDAD

Tipo de vinculación: Marque con una X la casilla correspondiente, según se trate de trabajador de; (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 2800 de 2003. 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad y en el espacio No. escriba el número correspondiente al tipo de documento que lo identifica. Se entiende CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, NU= Nuipe 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad.

Teléfono: Escriba el número telefónico permanente del trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad

Fax: Escriba el número de fax del trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad, si lo tiene.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad. 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 de la