



INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE



Nota: Diligenciar sólo cuando exista calificación de origen de los diagnósticos respectivos y haya sido debidamente notificada de acuerdo a la normatividad vigente aplicable.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO CÓDIGO EPS ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.** CÓDIGO ARL **1404**

AFP A LA QUE ESTA AFILIADO SEGURO SOCIAL SI NO CUAL? Indicar nombre AFP si no es el Seguro Social CÓD. AFP O SEGURO SOCIAL

TIPO DE VICULACIÓN 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** NIT CC CE NU PA No.

DIRECCIÓN TELÉFONO FAX

CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)

DEPARTAMENTO CÓDIGO MUNICIPIO CÓDIGO ZONA U R

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR CÓDIGO

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

DIRECCIÓN TELÉFONO FAX

DEPARTAMENTO CÓDIGO MUNICIPIO CÓDIGO ZONA U R

TIPO DE VICULACIÓN (1) PLANTA (2) MISIÓN (3) COOPERADO (4) ESTUDIANTE (5) INDEPENDIENTE CÓDIGO

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT CC CE NU PA No. FECHA DE NACIMIENTO SEXO M F

DIRECCIÓN TELÉFONO FAX

DEPARTAMENTO CÓDIGO MUNICIPIO CÓDIGO ZONA U R CARGO

OCCUPACION HABITUAL CÓDIGO TIEMPO DE OCCUPACION HABITUAL AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DIAS MESES

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

DIAGNÓSTICOS

COD. CIE10	DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTROS DIAGNÓSTICOS NO REGISTRADOS EN LOS RECUADROS PREVIOS U OBSERVACIONES ADICIONALES QUE CONSIDERE

DIAGNOSTICADA POR: MD EPS* MD IPS MD ARL MD EMPRESA* MD PARTICULAR* *Médicos con capacidad de diagnóstico sin competencia legal para determinar origen

REGISTRO MÉDICO NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO

FECHA DE DIAGNÓSTICO EN PRIMERA OPORTUNIDAD (LABORAL)

FACTORES DE RIESGO 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 EL 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.

FACTORES DE RIESGO	CUÁLES FACTORES	TIEMPO DE EXPOSICIÓN EMPRESA O CONTRATO ACTUAL (EN MESES)	TIEMPO DE EXPOSICIÓN EMPRESA O CONTRATO ACTUAL (EN MESES)
(1) FÍSICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) QUÍMICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3) BIOLÓGICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4) ERGONÓMICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) PSICOSOCIAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(6) AMBIENTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR

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

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

VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

	TIPO - CUÁLES	FECHA
(1) FÍSICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(2) QUÍMICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(3) BIOLÓGICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(4) ERGONÓMICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

DATOS DE QUIEN REALIZA EL REPORTE

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC CE NU PA

CARGO FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DE LA ENFERMEDAD LABORAL