

Fecha de Generación del informe: 13 de noviembre de 2020

**Empresa:** CONG HERM FRANC MISIONERAS MARIA AUX

**Identificación de la empresa:** 860028947

**Sede:** CLINICA MABRE BERNARDA

**Fecha de Elaboración:** 13/11/2020

**Estado del Informe:** Terminado

**Asesorado por:** Maria Cristina Gutierrez Cantillo

**Fecha de prestación del servicio:** 13/11/2020

**Nombre del prestador:**

**Municipio donde se prestó el servicio:** CARTAGENA DE INDIAS (BOLIVAR)

**Nombre de la tarea:** REUNION CON EL COPASST O VIGIA DE SST

### Asistentes

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombre	Cargo
Cedula	1047394770	MARLYN AISHA MUHAMMAD MENA	AUX DE ENFERMERIA LABORATORIO
Cedula	1143328484	ALEJANDRO GERMAN MARTINEZ PEREZ	REVISOR DE CUENTAS
Cedula	33104255	JHANIRIS DEL CARMEN RUIDIAZ PEREZ	ANALISTA ADMON TALENTO HUMANO
Cedula	1050947686	LEIDEN MANUEL DAUTT MARRUGO	COORDINADOR DE CARTERA
Cedula	51575509	HNA. ROSA MARIA PEDREROS DIAZ	COORDINADORA DE CIRUGIA
Cedula	1047474563	ALEJANDRA CARMONA ROMERO	ANALISTA DE SST
Cedula	22806632	MARIA GUTIEEREZ CANTILLO	CONSULTORA II

### Introducción

El coronavirus ha llegado a nuestro país y en SURA estamos preparados para afrontarlo, por eso pensando en el bienestar de nuestros afiliados, queremos compartirtte recomendaciones y aspectos importantes que se deben tener en cuenta para evitar la propagación del virus y garantizar la salud y protección de todos.  
De acuerdo a lo definido por la Circular 0017 del 24 de Febrero de 2020, desde SURA, te entregaremos información sobre lo que necesitas saber , para prevenir, controlar y mitigar las consecuencias de lo que hoy estamos viviendo con el coronavirus COVID-19, en búsqueda de un bien social, esto nos permite crear aprendizajes para la acción, prepararnos y tomar decisiones más conscientes

### Objetivos

Brindar a la empresa pautas para la prevención del COVID-19, de modo que le permita tomar medidas efectivas para evitar en sus Colaboradores el contagio de la enfermedad.  
Entregar información para la atención del COVID 19, para las empresas que tengan casos sospechosos o sintomáticos.  
diseñada para facilitar el proceso de ingreso de información suministrada por el trabajador o la empresa informando un caso de posible enfermedad laboral Covid-19 a través de nuestra página web [www.artsura.com](http://www.artsura.com)

### Metodología

Se realiza contacto con la empresa, de forma virtual o presencial  
El proceso se desarrolla mediante conversación con la empresa, en primera instancia reconociendo como se siente la organización con la situación por la que está pasando el mundo por el COVID -19 y como la empresa está atendiendo la emergencia.  
Posteriormente se entrega a la empresa información sobre la prevención en COVID-19 basadas en las guías conversacionales desarrolladas por Sura y la información de la Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y de Trabajo de Colombia.

Fecha de Generación del informe: 13 de noviembre de 2020

### Datos generales:

**Hora de inicio del acompañamiento**

8:00AM

**Empresa recibe asesoría**

Si

**Gestión realizada**

Asesorada

**Nombre de la persona que atiende la asesoría**

ALEJANDRA CAROMONA ROMERO

**Número de cédula de la persona que atiende la asesoría**

1047474563

**Cargo de la persona que atiende la asesoría**

ANALISTA SST

**Hora final del acompañamiento**

10.00AM

**Actividad específica relacionada con COVID**

Prácticas seguras; Investigación y análisis de incidentes, accidentes y enfermedad laboral

**Oficina**

Cartagena

### Hallazgos:

**Principales hallazgos de la asesoría**

Se inicia capacitación de la importancia del seguimiento de casos covid 19 , aseguramiento y preparación a la segunda curva de la

Fecha de Generación del informe: 13 de noviembre de 2020

enfermedad.

Seguimiento de casos y contactos

En este sentido, en lo que respecta al componente de seguimiento de casos y contactos de covid-19, se comprenden tres acciones, definidas en i) toma de muestras y realización de pruebas diagnósticas de laboratorio, ii) rastreo de los contactos de los casos confirmados, y iii) aislamiento de los casos confirmados y sus contactos. Estas medidas en salud pública se complementan además con gestión del riesgo es salud.

Para el caso de la toma de muestras y realización de pruebas diagnósticas de laboratorio, estas se seguirán haciendo dentro de los lineamientos establecidos por el Ministerio y los responsables de las tomas serán entidades territoriales departamentales o distritales, EPS y ARL.

En el mismo sentido, se establecen responsabilidades para estos actores junto a las secretarías de salud municipales para el rastreo de los contactos de los casos de contagio de covid-19 confirmados, sospechosos y probables, y su evaluación, orientación y seguimiento.

"La búsqueda activa se complementará con otras herramientas como: rastreos personalizados por equipos de vigilancia epidemiológica, llamadas telefónicas y uso de Coronapp pro, siendo responsabilidad de las autoridades sanitarias, EPS y la comunidad en general el suministro y registro de la información que sea consignada en los formularios o plataformas correspondientes", reza el acto administrativo.

En lo que respecta al aislamiento selectivo, se faculta a las secretarías de salud municipales y distritales a realizar cercos epidemiológicos cuando en un área geográfica se presenten conglomerados con un alto número de casos.

Sostenibilidad del aislamiento

El segundo componente del PRASS también queda reglamentado con el actual decreto, estableciendo que los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo que sean diagnosticados con covid-19 contarán con los recursos económicos derivados de la incapacidad por enfermedad general o por enfermedad laboral, según corresponda.

Para el caso de los asintomáticos afiliados al Régimen Contributivo y que el médico considere que no es necesario generar incapacidad, serán priorizados para realizar teletrabajo o trabajo en casa, durante el término del aislamiento obligatorio.

Para el reconocimiento de la Compensación Económica Temporal el decreto dispone las condiciones para el pago como es que las EPS verifiquen que i) el beneficiario y su grupo familiar se haya comprometido a cumplir el aislamiento, ii) el prestador entregue la información que sea requerida a la Adres y iii) autorizar el giro directo al beneficiario. En el caso que el afiliado diagnosticado con covid19 fallezca se reconocerá al núcleo familiar.

**Evidencias:**

**Anexo 1**

## Compromisos y observaciones:

### Compromisos de la empresa

Motivar y promocionar una el cuidado que permita desarrollar estrategia donde los colaboradores sean capaces de adaptarse o adelantarse a cualquier entorno, por más espinoso o fácil que se presente, no solo aumentará sus indicadores de productividad, sino que además reducirá los índices de accidentalidad.

Fecha de Generación del informe: 13 de noviembre de 2020

.....

**Información entregada durante el acompañamiento**

www.arlsura.com.co; Riesgos de contagio al COVID 19; Instituto Nacional de Salud

.....

**Compromisos de Sura**

Asesoría y acompañamiento técnico en la gestión del riesgo laboral por exposición a Covid-19 y en la vigilancia en salud de los trabajadores expuestos a los riesgos biológico

.....

## Bibliografía

Guías conversacionales Sura

Guía competitividad empresarial

Riesgos de contagio al COVID 19

Recomendaciones en Salud Mental y COVID 19

Trámite de medica laboral

Organización Mundial de la Salud

Instituto Nacional de Salud

Ministerio de Trabajo de Colombia

Ministerio de Salud de Colombia

# Anexos

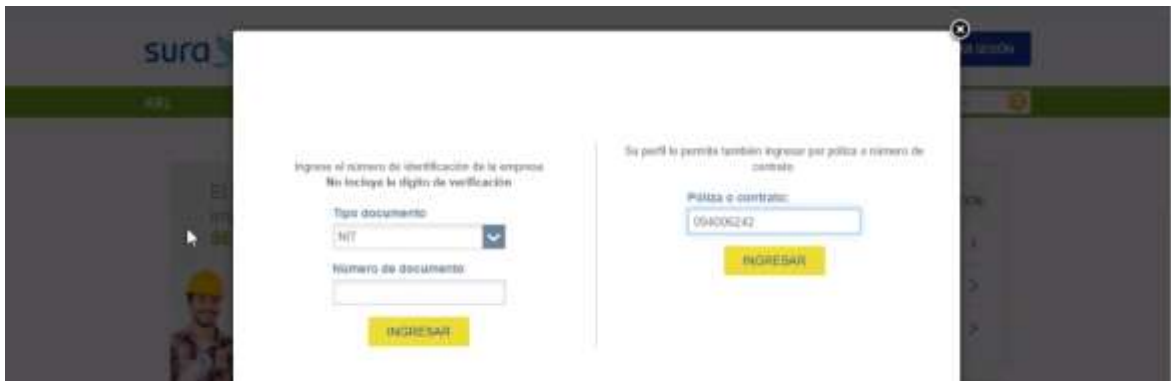
## **Anexo 1**

## MANUAL DE USUARIO DILIGENCIAMIENTO FUREL POR EL ENCARGADO DE SALUD OCUPACIONAL DE LAS EMPRESAS AFILIADAS A ARL SURA

La funcionalidad de FUREL en LINEA fue diseñada para facilitar el proceso de ingreso de información suministrada por el trabajador o la empresa informando un caso de posible enfermedad laboral Covid-19 a través de nuestra página web [www.arlsura.com](http://www.arlsura.com)

A continuación, le presentamos un instructivo de gestión para facilitar su manejo.

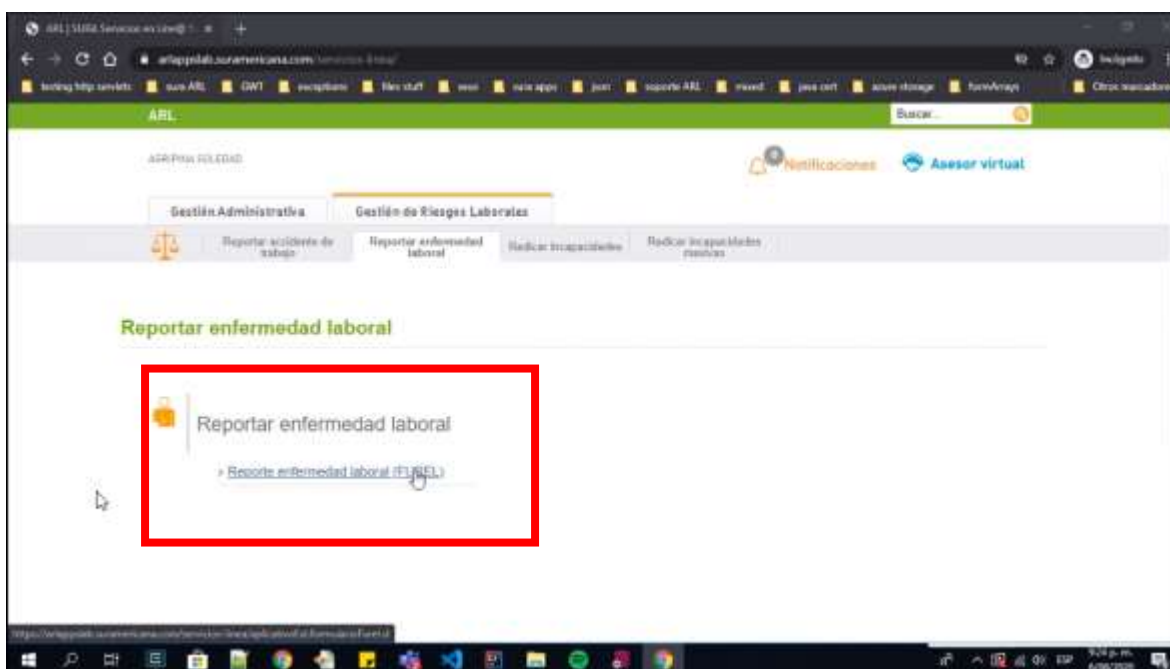
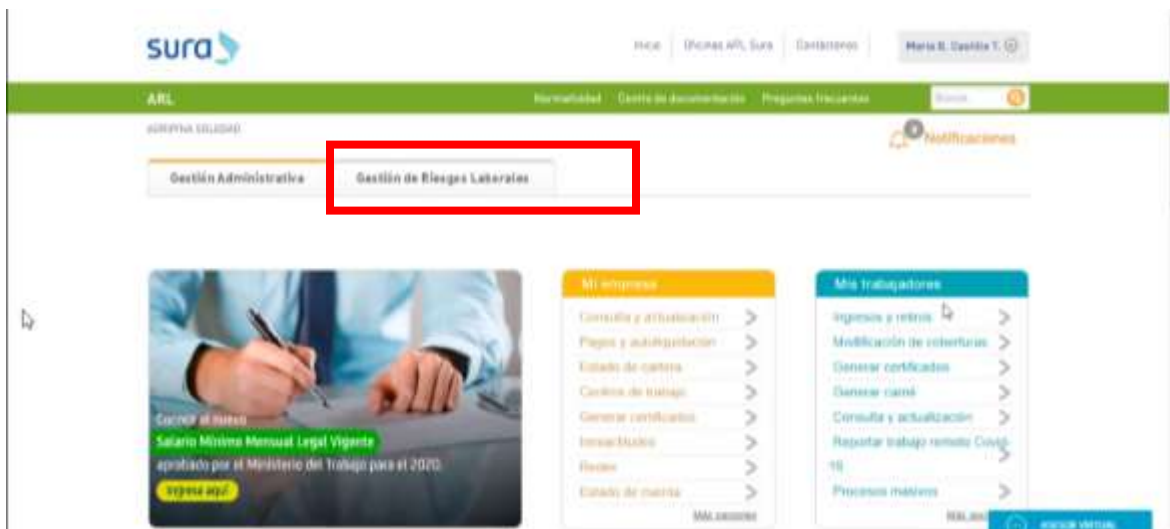
1. AUTENTICACIÓN EL USUARIO AUTORIZADO: Se debe realizar el ingreso a la página web [www.arlsura.com](http://www.arlsura.com) y autenticarse con el usuario y contraseña suministrado a través de la opción INICIAR SESIÓN



2. En nuestra sesión transaccional, se visualizan varias formas de reporte de la posible Enfermedad Laboral, incluyendo el Covid-19:
  - a. Por la carpeta REQUISITOS LEGALES / REPORTAR ENFERMEDAD LABORAL
  - b. A través de la pestaña de GESTION DE RIESGOS LABORALES / REPORTAR ENFERMEDAD LABORAL







3. Posterior al inicio de sesión se visualiza la pantalla inicial, allí se debe diligenciar la información inicial del afiliado del cual se está dando aviso.
  - a. Ingrese el número de documento de identidad, seleccione el tipo de documento, (por defecto trae la cedula de ciudadanía) el aplicativo permite identificar e ingresar los diferentes tipos de documento vigentes en el país.
  - b. Ingrese el número de documento

- c. Seleccione el nombre del afiliado
- d. Ingrese el diagnóstico de la patología: puede escribir en la casilla Covid y el sistema le mostrará los diagnósticos asociados; seleccione el U071 COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO, carga automáticamente el diagnóstico y el código. Si se trata de otra Enfermedad, puede ingresar la palabra o buscar con la “lupa” utilizando el nombre o el código CIE-10 si lo conoce.
- e. Ingrese la fecha de diagnóstico: Ingrese la fecha de diagnóstico de la enfermedad, si es un caso covid-19, ingrese la fecha de inicio de síntomas si es sintomático, o la fecha de contacto si es un contacto estrecho. En el campo “Fecha diagnostico se debe dar clic en el calendario, este nos abrirá una modal con el calendario para su selección o se permite su ingreso manual con el formato dd/mm/aaaa. Los días anteriores se encuentran habilitados, pero para su uso es necesario ir hacia atrás en la fecha o posicionarse en el mes que se desea hacer el reporte.
- f. Al finalizar el llenado de los datos se debe dar clic en el botón “Continuar”.

Informe de enfermedad laboral del empleador o contratante

Antes de continuar por favor ingresar la información requerida

Tipo de documento \*      Número de documento \*      Diagnóstico \*      Fecha diagnóstico \*

CÉDULA DE CIUDADANÍA      [input]      Autocompletar      [calendar icon]

[Continuar]

Informe de enfermedad laboral del empleador o contratante

Antes de continuar por favor ingresar la información requerida

Tipo de documento \*      Número de documento \*      Diagnóstico \*      Fecha diagnóstico \*

CÉDULA DE CIUDADANÍA      43039883      Autocompletar      [calendar icon]

C43039883 - MORA LILIA

[Continuar]

### Informe de enfermedad laboral del empleador o contratante

Antes de continuar por favor ingresar la información requerida

Tipo de documento \*  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de documento \*  
43009883  
43009883 - MORIA LUISA

Diagnóstico \*  
Alimentario

Fecha diagnóstico \*  
2023/08/17

Continuar



#### Búsqueda de diagnósticos

Código Dx	Descripción Dx	Código categoría Dx	Categoría Dx
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Buscar



#### Búsqueda de diagnósticos

Código Dx	Descripción Dx	Código categoría Dx	Categoría Dx
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Buscar

Código	Descripción
A022	INFECCIONES LOCALIZADAS DEBIDA A SALMONELLA
A050	INTOXICACION ALIMENTARIA ESTAFILOCOCCICA
A051	BOTULISMO
A052	INTOXICACION ALIMENTARIA DEBIDA A CLOSTRIDIUM PERFRINGENS
A165	PLEURESIA TUBERCULOSA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICA
A167	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA PRIMARIA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICA
A180	TUBERCULOSIS OSEA Y ARTICULAR
A221	CARBUNCO (ANTRAX) PULMONAR
A230	BRUCELOSIS POR BRUCELLA MELITENSIS
A231	BRUCELOSIS DEBIDA A BRUCELLA ABORTUS

« 1 2 3 4 5 »



### Informe de enfermedad laboral del empleador o contratante

Antes de continuar por favor ingresar la información requerida

Tipo de documento \*

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de documento \*

C43039883 - MORA LILIA

Diagnóstico \*

U072 - COVID-19 VIRUS NO IDI

Fecha diagnóstico \*

08/08/2020

Calendar for August 2020. The date 08/08/2020 is selected.

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

### Informe de enfermedad laboral del empleador o contratante

Antes de continuar por favor ingresar la información requerida

Tipo de documento \*

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de documento \*

C43039883 - MORA LILIA

Diagnóstico \*

U072 - COVID-19 VIRUS NO IDI

Fecha diagnóstico \*

08/08/2020

Continuar

4. A continuación, se presenta el formulario FUREL para el usuario, el nombre del afiliado puede observarse en la parte superior derecha.


Pedro Luis Velasquez Villegas  
Último ingreso: agosto 07, 2020 08:24:43 PM

### Informe de presunta enfermedad laboral del empleador o contratante

Complete atentamente la información a continuación

Lilia Mora -- C43039883

---

#### I. Seguridad social

EPS a la que está afiliado \* AFP a la que está afiliado \*


---

#### II. Identificación general del empleador, contratante o cooperativa

Vinculador laboral

Sede principal

Se precarga una información inicial en los campos EPS afiliado y AFP afiliado, en estos se pretende realizar la validación si aun el afiliado tiene la misma o sino actualizarla con la información que reporte el paciente.


Pedro Luis Velasquez Villegas  
Último ingreso: agosto 07, 2020 08:24:43 PM

### Informe de presunta enfermedad laboral del empleador o contratante

Complete atentamente la información a continuación

Lilia Mora -- C43039883

---

#### I. Seguridad social

EPS a la que está afiliado \*

AFP a la que está afiliado \*

- COOMEVA EPS. S.A.
- EPS FAMSANAR LTDA
- SOS EPS ( OCCIDENTAL DE SALUD S.A)
- RISARALDA E P S
- ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
- CAFESALUD EPS
- NINGUNA EPS

---

#### atante o cooperativa

### Informe de presunta enfermedad laboral del empleador o contratante

Complete atentamente la información a continuación

Lilia Mora -- C43039883

#### I. Seguridad social

EPS a la que está afiliado \*

NINGUNA EPS

AFP a la que está afiliado \*

NINGUNA AFP

- PORVENIR
- HORIZONTES
- COLUMENA
- COLPATRIA
- PENSIONAR
- SKANDIA
- NINGUNA AFP

#### II. Identificación general del empleador, contrata

Vinculador laboral

Empleador

Sede principal

Nombre o razón social

QUE HERMELUNDAALARCON BUSTOS

Nombre de la actividad económica

FINANCIERO

Código

AMERICAFLOR

Tipo de documento

Número de documento

Dirección

Diríjase al punto IV, en esta parte se debe verificar y actualizar solo los datos de contacto del afiliado (teléfono y correo electrónico) ya que son pieza clave para la futura atención del paciente.

#### IV. Información de la persona a la que se le diagnosticó la enfermedad

Tipo de vinculación

Planta

Código

01

Tipo de identificación

C

Número de identificación

43039883

Primer apellido

MORA

Segundo apellido

Primer nombre

LILIA

Segundo nombre

Fecha de nacimiento

01/01/1987

Teléfono

2545454

Correo electrónico

lmorales@sura.com.co

Género

Femenino  Masculino

Dirección

AV 1 # 1 - 1 casa

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

ABRIAQUI

Zona

Rural

Cargo

FDFFOFFDS

Ocupación habitual

ENCARGADOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCION

Fecha de ingreso a la empresa

01/06/2018

Salario u honorarios (mensual)

1000000

Jornada de trabajo habitual

Diuma

Tiempo de ocupación habitual desde el diagnóstico de la enfermedad

32 meses, 16 días

Pasar a la opción V del formulario:

Se visualiza el diagnostico seleccionado previamente en la página inicial para búsqueda del afiliado.

Salario u honorarios (mensual)  
1000000

Jornada de trabajo habitual  
Diuma

Tiempo de ocupación habitual desde el diagnóstico de la enfermedad  
32 meses, 15 días

**V. Información sobre la enfermedad**

Diagnóstico \*  
U072 - COVID-19 VIRUS NO IDENTIFICADO

La enfermedad causó la muerte del trabajador? \*  Sí  No

Diagnosticada por \*  
Seleccione una opción...

Fecha diagnóstico \*  
08/08/2020

Seleccione la entidad que está haciendo el diagnóstico, si es un caso covid-19, sintomático o contacto estrecho, seleccione la opción EPS

Se debe seleccionar una de las opciones para el campo “Diagnosticada por”, normalmente se trata del MD de EPS o MD Empresa

Salario u honorarios (mensual)  
1000000

Jornada de trabajo habitual  
Diuma

Tiempo de ocupación habitual desde el diagnóstico de la enfermedad  
32 meses, 15 días

**V. Información sobre la enfermedad**

Diagnóstico \*  
U072 - COVID-19 VIRUS NO IDENTIFICADO

La enfermedad causó la muerte del trabajador? \*  Sí  No

Diagnosticada por \*  
Seleccione una opción...

Fecha diagnóstico \*  
06/08/2020

MD EPS  
MD IPS  
MD ARL  
MD Empresa  
MD Particular

El siguiente campo se diligencia si se causó la muerte al trabajador, este despliega un campo adicional cuando se elige la opción “SI”, y se debe diligenciar la fecha como se han seleccionado los anteriores calendarios.

**V. Información sobre la enfermedad**

Diagnóstico \*  
A167 - TUBERCULOSIS RESPIRATORIA PRIMARIA, SIN MENCION DE CONFIRMACIÓN BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICA

Diagnosticada por \* ⓘ  
MD IPS

Fecha diagnóstico \*  
08/08/2020

La enfermedad causó la muerte del trabajador? \*  Sí  No

Está seguro?  Sí  No

Fecha de la muerte \*  
08/08/2020

Si se diligencia la opción “No” en causa muerte al trabajador, no se despliegan campos adicionales.

**V. Información sobre la enfermedad**

Diagnóstico \*  
U071 - COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO

Diagnosticada por \* ⓘ  
MD IPS

Fecha diagnóstico \*  
08/08/2020

La enfermedad causó la muerte del trabajador? \*  Sí  No

Continúa con el punto VI del formulario, allí se puede adicionar cuantos riesgos se soliciten.

Se deben diligenciar los campos marcados. Tener en cuenta el campo “Descripción de la actividad que desempeñaba” nos permite reportar las situaciones de vulnerabilidad que consideran tiene relación con la enfermedad laboral que está reportando en este formulario.

**VI. Información sobre factores de riesgo asociados a una enfermedad**

Existe información  Sí  No

Indique los factores de riesgo a los cuales ha estado expuesto el trabajador y que se encuentren relacionados con la enfermedad, 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:

Seleccione una opción... Ingrese información

Descripción de la actividad laboral desempeñada (Nexo laboral) \*



La siguiente imagen hace referencia a un ejemplo de llenado.

Logo: **sura**

Pedro Luis Velaz  
Último ingreso: agosto 7

### VI. Información sobre factores de riesgo asociados a una enfermedad

Existe información  Sí  No

Indique los factores de riesgo a los cuales ha estado expuesto el trabajador y que se encuentren relacionados con la enfermedad. 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.

Biológico  

Descripción de la actividad laboral desempeñada (Nexo laboral) \*

Paciente que trabaja como \_\_\_\_\_ tuvo contacto estrecho en su empresa con \_\_\_\_\_ el contacto fue de la siguiente forma \_\_\_\_\_ Con una persona positiva para COVID

Al diligenciar estos datos, para adicionarlo se debe dar clic al signo positivo, este cuenta con una opción (basurero) para el borrado en caso de error al digitar.

Logo: **sura**

Pedro Luis Velaz  
Último ingreso: agosto 7

### VI. Información sobre factores de riesgo asociados a una enfermedad

Existe información  Sí  No

Indique los factores de riesgo a los cuales ha estado expuesto el trabajador y que se encuentren relacionados con la enfermedad. 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.

Seleccione una opción  

Factor de riesgo	Descripción
Biológico	Consulta por Tele Orientación 

Descripción de la actividad laboral desempeñada (Nexo laboral) \*

Paciente que trabaja como \_\_\_\_\_ tuvo contacto estrecho en su empresa con \_\_\_\_\_ el contacto fue de la siguiente forma \_\_\_\_\_ Con una persona positiva para COVID

Diríjase a la opción VII del formulario allí se encuentra una ayuda para llenado como se muestra a continuación.

**VII. 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

Mediciones ambientales	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	
Indicadores biológicos	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	
Estudio de puesto de trabajo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	
Otros	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	

Ingrese las pruebas practicadas al paciente para demostrar la enfermedad. Ejemplos: Audiometría, Electromiograma, etc. Y su fecha de realización. Para el caso de Covid-19, indique si se practicó Prueba RT-PCR, su resultado (positivo o negativo) y fecha de la prueba

En este campo si el paciente al preguntar informa que se hizo alguna prueba, es importante reportar si tiene resultados o está pendiente y la fecha del mismo.

Se deben llenar los campos requeridos o los que se desean informar, en la siguiente imagen se muestra un diligenciamiento para un monitoreo de indicador biológico.

**VII. 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

Mediciones ambientales	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	
Indicadores biológicos	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pta. Informa toma de prueba para COVID (resultado pos-neg-pend)	08/08/2020
Estudio de puesto de trabajo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	
Otros	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	

**VIII. Persona responsable del informe (representante o delegado)**

Tipo de documento \*  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

Documento de identidad \*  
1037617992

Apellidos y nombres completos \*  
Vallejo Molina Juan Sebastian

Cargo \*  
Acaz Enfermería

Fecha de diligenciamiento \*  
08/08/2020

Guardar

En la opción VIII, los datos que debe reportar son los de la persona que diligencio este formulario.

Luego debe proceder a dar clic al botón de guardar.

**sura** Pedro Luis Velazquez Villegas  
Último ingreso: agosto 07, 2020 (06:04:43) PM

### VII. 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

Mediciones ambientales	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	<input type="text"/>	<input type="button" value="G"/>
Indicadores biológicos	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pta. Informa toma de prueba para COVID (resultado pos-neg-pond)	08/08/2020	<input type="button" value="G"/>
Estado de puesto de trabajo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	<input type="text"/>	<input type="button" value="G"/>
Otros	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	<input type="text"/>	<input type="button" value="G"/>

### VIII. Persona responsable del informe (representante o delegado)

Tipo de documento *	Documento de identidad *	Apellidos y nombres completos *
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1037817992	Vallejo Molina Juan Sebastian
Cargo *	Fecha de diligenciamiento *	
Aux Enfermería	08/08/2020	<input type="button" value="G"/>

Visualizara un mensaje confirmando que el proceso de creación del expediente se ha realizado con éxito.

**sura** Pedro Luis Ve  
Último ingreso: ago


### VII. 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

Mediciones ambientales	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	<input type="text"/>	<input type="button" value="G"/>
Indicadores biológicos	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pta. Informa toma de prueba para COVID (resultado pos-neg-pond)	08/08/2020	<input type="button" value="G"/>
Estado de puesto de trabajo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	<input type="text"/>	<input type="button" value="G"/>
Otros	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cuáles - Resultado	<input type="text"/>	<input type="button" value="G"/>

### VIII. Persona responsable del informe (representante o delegado)

Tipo de documento *	Documento de identidad *	Apellidos y nombres completos *
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1037817992	Vallejo Molina Juan Sebastian
Cargo *	Fecha de diligenciamiento *	
Aux Enfermería	08/08/2020	<input type="button" value="G"/>



**Proceso ejecutado exitosamente**

Se ha creado exitosamente su reporte, el código del expediente es: 1210529358

Cuando el proceso se ejecutó correctamente el botón guardar cambia a imprimir y se debe dar allí clic para la impresión del PDF.

**VII. 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:

Mediciones ambientales:  Sí  No. Tipo - Cuáles - Resultado: [Campo vacío] [Botón verde]

Indicadores biológicos:  Sí  No. Positivo: [Campo vacío] 05/08/2025 [Botón verde]

Estudio de puesto de trabajo:  Sí  No. Tipo - Cuáles - Resultado: [Campo vacío] [Botón verde]

Otros:  Sí  No. Tipo - Cuáles - Resultado: [Campo vacío] [Botón verde]

**VIII. Persona responsable del informe (representante o delegado)**

Tipo de documento\*: CÉDULA DE CIUDADANÍA. Documento de identidad\*: 1037617992. Apellidos y nombres completos\*: Vallejo Molina Juan Sebastian.

Cargo\*: Aux Enfermería. Fecha de diligenciamiento\*: 05/08/2025 [Botón verde]

[Botón verde: Imprimir]

[Botón rojo: reporteFurel.pdf]

Se visualiza el documento para proceder a imprimir y conservar en el archivo del trabajador

**INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE**

No. [Campo vacío]

EMPRESA QUE EMPLEA: [Campo vacío] CODIGO EPS: [Campo vacío] APELLIDO DEL EMPLEADO: [Campo vacío]

EMPRESA QUE EMPLEA: [Campo vacío] CODIGO EPS: [Campo vacío] APELLIDO DEL EMPLEADO: [Campo vacío]

**I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA**

Tipo de vinculación laboral: [Campo vacío] EMPLEADOR  CONTRATANTE  COOPERATIVA DE TRABAJO

CÓDIGO: [Campo vacío] SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: [Campo vacío]

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: [Campo vacío] TIPO DE ESTABLECIMIENTO: [Campo vacío] MUNICIPIO: [Campo vacío]

DIRECCIÓN: [Campo vacío] TELÉFONO: [Campo vacío] FAX: [Campo vacío]

CÓDIGO: [Campo vacío] MUNICIPIO: [Campo vacío] DEPARTAMENTO: [Campo vacío] CODIGO: [Campo vacío] MUNICIPIO: [Campo vacío]

**CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL**

CÓDIGO: [Campo vacío]

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: [Campo vacío]

DIRECCIÓN: [Campo vacío] TELÉFONO: [Campo vacío]

DIRECCIÓN: [Campo vacío] MUNICIPIO: [Campo vacío] CODIGO: [Campo vacío]

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

ESPECIFICACIONES: [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío]

NOMBRE: [Campo vacío] SEXO: [Campo vacío] MUNICIPIO: [Campo vacío]

ESPECIFICACIONES: [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío]

FECHA DE REGISTRO: [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío] [Campo vacío]

[Botón rojo: Abriendo report...pdf...]