

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

**Empresa:** ONCOMEDICAL IPS SAS

**Identificación de la empresa:** 900037353

**Contrato ARL:** 094117888

**Oficina ARL:** OFICINA BUCARAMANGA

**Contacto de la empresa:** DANIELA CABALLERO

**Orden de prestación del servicio:**

**Nombre de la tarea:** REUNIÓN CON EL COPASST / VIGIA DE SST

**Producto:** SGSST

**Fecha de prestación del servicio:** 03/09/2020

**Fecha de Elaboración:** 04/09/2020

**Hora de inicio:** 16:00

**Hora de fin:** 17:00

**Nombre del prestador:** CONSULTORÍA SURA COLOMBIA

**Asesorado por:** Jennifer Paola Ardila Alfaro

**Sede:** ONCOMEDICAL IPS S.A.S

**Municipio donde se prestó el servicio:** CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

#### Asistentes

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombre	Cargo
Cédula	1090175388	Daniela Alexandra Caballero Contreras	Coordinadora de SST
Cédula	1093755033	Jennifer Paola Ardila Alfaro	Consultor II CGR Sura

#### Introducción

El Ministerio de Trabajo en el cumplimiento de su obligación de velar por la gestión preventiva de los riesgos al interior de las empresas y la protección de los trabajadores, está desarrollando actualmente, una estrategia de seguimiento a través de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) de las empresas del sector salud, conforme en la legislación vigente:

-Resolución 2013 de 1986, artículo 11:

(...) c) Colaborar con los funcionarios de entidades gubernamentales de salud ocupacional en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes correspondientes. d) Vigilar el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial debe realizar la empresa de acuerdo con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes; promover su divulgación y observancia.

(...) h) Servir como organismo de coordinación entre empleador y los trabajadores en la solución de los problemas relativos a la salud ocupacional. Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Salud Ocupacional.

Adicionalmente el decreto 1295 de 1994 en su artículo 63 establece:

(...) b. El empleador se obligará a proporcionar, cuando menos, cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo de cada uno de sus miembros para el funcionamiento del comité.

Con base en lo anterior y ante la actual contingencia por la llegada del SARS-COV-2 a nuestro país, el citado ministerio, ha solicitado a algunas empresas presentar informe semanal de reunión con el COPASST, que, con la asesoría de la ARL, deberá realizar seguimiento a las acciones preventivas implementadas por la empresa para el control del riesgo de contagio por COVID-19 entre el Personal, médico, asistencial, administrativo y operativo de la empresa.

#### Objetivos

Dar cumplimiento al requerimiento presentado por la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo con el asunto: "Seguimiento del COPASST o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo a las medidas de prevención y contención de contagio con el coronavirus COVID-19 en el sector salud".

Brindar acompañamiento a la empresa en el desarrollo de la reunión del COPASST con el fin de orientar en la correcta entrega, implementación y uso de elementos de protección personal requeridos para prevención frente al Covid-19.

Orientación a los integrantes del COPASST, y direccionamiento en los requerimientos del Ministerio del trabajo (Preguntas de Min trabajo).

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

### Metodología

Abordaje telefónico y revisión documental.

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

## Temas tratados:

### Tema principal de la reunión

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19

.....

### Agenda de la reunión

1. Seguimiento Informe semanal de cumplimiento de las medidas de prevención para evitar el contagio del covid-19.
  2. Revisión de compromisos y recomendaciones de la reunión anterior.
  3. Seguimiento a cumplimiento referente a los EPP por parte de la Empresa, ARL y trabajadores.
  4. Protocolo de respuesta frente a casos Positivos de COVID 19
  5. Seguimiento a trabajadores confirmados
  6. Reporte de Enfermedad Laboral al Ministerio de Trabajo y ARL
  7. Investigación de Enfermedad Laboral
  8. Revisión acta de reunión 03 de septiembre
  9. Creación de ciclos de aprendizaje en el Colegio Gestión del Riesgo (aplicativo Suramericana) y registro de los trabajadores
- .....

### Hora de inicio

16:00

.....

### Hora final

17:00

.....

### Nombre del contacto de la empresa

DANIELA CABALLERO CONTRERAS

.....

### Número de cédula del contacto de la empresa

COORDINADORA DE SST

.....

## Hallazgos principales y compromisos:

### Resumen de temas tratados

1. Seguimiento a las recomendaciones dadas anteriormente y seguimiento de las medidas de prevención de COVID 19.
2. Informe semanal en el que la empresa califica el cumplimiento estimado de las medidas de bioseguridad necesarias para proteger a los trabajadores del contagio del virus, resultado: 100%

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

3. Entrega de EPP.
4. Revisión del acta de reunión del COPASST realizada el día 03 de septiembre.
5. Concepto del ministerio de trabajo frente a las incapacidades por aislamiento preventivo temporal
6. Protocolo de respuesta frente a casos Positivos de COVID 19
5. Seguimiento a trabajadores confirmados
6. Reporte de Enfermedad Laboral al Ministerio de Trabajo y ARL: 2 días hábiles siguientes al recibo del diagnóstico de la enfermedad
7. Investigación de Enfermedad Laboral
8. Revisión acta de reunión 03 de septiembre
9. Creación de ciclos de aprendizaje en el Colegio Gestión del Riesgo (aplicativo Suramericana) y registro de los trabajadores

.....

#### **Observaciones generales**

Se realiza abordaje telefónico con la profesional coordinadora de SST de la empresa ONCOMEDICAL IPS SAS, con el fin de realizar seguimiento de las medidas de prevención de contagio de COVID 19, y requerimientos del MINISTERIO de TRABAJO, así como realizar seguimiento frente a casos positivos y sospechosos presentados.

Se orienta sobre el proceso de reporte e investigación de enfermedad laboral, así como la creación de los ciclos de aprendizaje propios de la empresa en el aplicativo del colegio gestión del riesgo de suramericana y registro de los trabajadores.

Se recuerdan los ciclos de educación virtual de ARL Sura a desarrollar durante esta semana.

Se realiza revisión del acta de reunión e informe del COPASST realizado el día 03 de septiembre.

.....

#### **Hallazgos y compromisos**

Realizar el diligenciamiento del FUREL en línea por el portal de ARL Sura, de acuerdo a los lineamientos dados durante la asesoría telefónica.

Reportar las presuntas enfermedades laborales por COVID 19 al Ministerio de trabajo.

Investigar las presuntas enfermedades laborales por COVID 19, para ello se podrán apoyar del formato dispuesto por ARL Sura, se sugiere contar con el apoyo de un medico laboral en el proceso.

Realizar seguimiento y acompañamiento telefónico diario a los empleados por parte del profesional de SST con el fin de darles soporte y monitorear su evolución durante el proceso de atención.

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

Continuar los pasos del protocolo de respuesta ante caso sospechoso y/o confirmado, el cual fue socializado y compartido.

Reforzar las medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección.

Implementar el PVE para la prevención de riesgo biológico específico por COVID 19.

Continuar con el seguimiento del uso adecuado de los EPP y verificación del cumplimiento de las normas de bioseguridad para la prevención del contagio de COVID 19, dejar registro de esta actividad a través de la lista de verificación.

Cumplir con la planificación de las actividades y reuniones del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).

Tener en cuenta las recomendaciones descritas en la guía de salud compartida y sus anexos adjuntos mediante hipervínculos.

**Evidencias:**

<b>Anexo 1</b>	<b>Anexo 2</b>	<b>Anexo 3</b>
----------------	----------------	----------------

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

## Análisis de seguridad en el trabajo

Peligros:

Carga física: Por postura sedente prolongada.

Físico: Por radiación NO ionizante emitida por el PC.

Psicosocial: Factores intralaborales, extralaborales e individuales

Locativo: Caídas a nivel

Controles:

- Pausas activas
- Pausas visuales
- Higiene Postural
- formación en Salud Mental
- Orden y aseo
- Vías de circulación despejadas
- Uso de calzado cómodo con suela antideslizante

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

## Compromisos

Seguimiento al cumplimiento de las medidas preventivas para evitar el contagio de COVID 19, revisión informe semanal del COPASST.

Abordaje telefónico.

Fecha de Generación: 04 de septiembre de 2020

## Bibliografía

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Salud. Resolución 2013 de 1986. Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo. Colombia, 1986.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 1295 de 1994 "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales". Colombia, 1994.

## **Anexo 1**



# PROTOCOLO DE RESPUESTA EN EMPRESAS FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS COVID-19

El presente documento propone una estrategia de abordaje por parte del empleador en caso de presentar empleados con síntomas o sospecha de infección por COVID-19, mediante un paso a paso que puede ser adoptado y adaptado dentro de los protocolos de bioseguridad de la empresa y, de esta manera, mitigar el riesgo de contagio ocupacional y la afectación de la operación en la organización. Adicionalmente se presenta una propuesta de recomendaciones para la reincorporación laboral de los empleados que han superado la enfermedad.

Dentro del protocolo se incluyen las definiciones de caso sospechoso, confirmado y contacto estrecho, pues ello permitirá un abordaje estandarizado de los casos, optimizando los recursos.

### Caso sospechoso

Empleados que contesten de manera positiva alguna de las preguntas de la encuesta diaria de síntomas (incluyendo las preguntas de nexo epidemiológico), que sean identificados como contacto estrecho de un paciente con COVID-19 confirmado, o que tengan temperatura elevada durante el control de ingreso en la empresa.

### Caso confirmado

Empleados con prueba diagnóstica positiva para COVID-19.

### Contacto estrecho<sup>1</sup>

- **Comunitario:** persona con exposición no protegida (sin uso de EPP) que haya compartido en un espacio menor a dos metros y por más de 15 minutos con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19, sin importar que tenga o no síntomas. Esto puede incluir las personas que conviven, trabajan, o son visitantes al lugar de residencia; también haber estado en contacto sin protección adecuada con secreciones infecciosas (por ejemplo, secreciones o fluidos respiratorios o la manipulación de los pañuelos utilizados).
- **Transporte:** tripulación/conductor que tuvo contacto o exposición no protegida con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 y a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de dicho caso confirmado por más de 15 minutos.

---

1. INS. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19).

- **Personal de la salud:** cualquier trabajador en triaje, consulta, salas de procedimientos, observación u hospitalización con exposición no protegida: trabajador de la salud que no utilizó respirador de alta eficiencia N95 o superior durante la atención del caso confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia, endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos), trabajador del ámbito hospitalario que realizó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, entre otras) o trabajador de atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y no utilizó los EPP completos y adecuadamente. Las exposiciones del personal sanitario también incluyen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 o contacto con material potencialmente infeccioso de COVID-19 y no usó de los EPP completos y adecuadamente.
- No se considera contacto estrecho las interacciones por corto tiempo, el contacto visual o casual.



## PASOS A SEGUIR PARA RESPONDER ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS

1. Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica ajustado y soportado en la matriz de riesgos específica COVID-19 por roles y áreas, complementada con el monitoreo diario de síntomas y contactos estrechos.  
**(<https://bit.ly/2Zdm9iX>)**. Estas acciones son la base y puerta de entrada para la captación oportuna de los casos.
2. Detección de un caso sospechoso (ver definición de caso sospechoso). Una vez identificada la persona, se debe proceder con su aislamiento preventivo, direccionándola a su hogar en transporte individual (mientras se define conducta médica) e indicándole usar mascarilla convencional (incluso en su casa). Si el empleado es detectado mientras se encuentra en su hogar, se le debe indicar permanecer allí, verificando que no asista a la empresa hasta no contar con orientación médica.
3. Direccionar al empleado a la orientación médica con el asegurador (Póliza, EPS o ARL según aseguramiento y tipo de exposición), preferiblemente por medios virtuales (ver canales de atención SURA **<https://bit.ly/3dAVgea>** y líneas telefónicas de todas las EPS **<https://bit.ly/2CLrDKj>**).



4. Desinfectar equipos, espacios y elementos con los cuales la persona tuvo contacto directo o constante. El personal que realice esta actividad debe utilizar Elementos de Protección Personal (EPP) como la mascarilla convencional y guantes (*ver Guía de limpieza y desinfección <https://bit.ly/2A6RZW6> y servicio de desinfección para empresas <https://bit.ly/2AafzRW>*).
5. Reforzar las medidas de bioseguridad, prevención y vigilancia en el centro de trabajo, supervisando el cumplimiento de estas.
6. Si el caso sospechoso se relaciona con una exposición ocupacional, informar y solicitar orientación a la ARL (Línea de atención ARL SURA 01 8000 511 414).
7. Realizar seguimiento y acompañamiento telefónico diario al empleado (líder directo o líder en SST) para darle soporte y monitorear su evolución durante el proceso de atención.
8. Solicitar concepto o conducta médica al trabajador. Se puede tener dos resultados:
  - a. **No** es definido como caso sospechoso o probable en la orientación o consulta médica:

En este caso se debe proceder a reincorporar el empleado y continuar en el paso 1.
  - b. **Sí** es definido como caso sospechoso o probable en la orientación o consulta médica:

Continuar medida de aislamiento preventivo según la indicación médica. Si el trabajador es asintomático y no es incapacitado, evaluar posibilidad de trabajo en casa y continuar con el paso 9.



9. Realizar acompañamiento telefónico diario al empleado, verificando el cumplimiento de las recomendaciones médicas y esperar resultado de la prueba para COVID-19:

a. Resultado de la prueba **Negativo** con indicación de alta:

Reincorporar el empleado y continuar en el punto 1.

b. Resultado de la prueba **Positivo**:

Continuar medida de aislamiento, y acompañamiento diario hasta tener indicación de alta por la aseguradora (mediante prueba negativa o cumplimiento del periodo de aislamiento).

10. Proceder con la identificación y relación de contactos estrechos del caso positivo, teniendo como periodo de búsqueda los 14 días anteriores a la prueba positiva, informando a la Secretaría de Salud del municipio, así como a la ARL y EPS de cada contacto estrecho. (Ver definición de contacto estrecho y teléfonos de las Secretarías de Salud <https://bit.ly/2NuCb9>).

Para la identificación de contactos estrechos, ponemos a tu disposición la app "Regreso seguro Empresas".

Para la relación de contactos se propone ingresarlos en un archivo de Excel (formato de relación de contactos estrechos):

IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS ESTRECHOS ASOCIADOS AL NUEVO CORONAVIRUS COVID-19											
NOMBRE DE LA EMPRESA											
RESPONSABLE DE LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS											
TELÉFONO						CORREO ELECTRÓNICO					
FECHA DE REPORTE											
DATOS DEL CASO POSITIVO											
PRIMER NOMBRE						SEGUNDO NOMBRE					
PRIMER APELLIDO						SEGUNDO APELLIDO					
TIPO DE DOCUMENTO						NRO. DE DOCUMENTO					
FECHA DE CONFRIMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO O DE LA PRUEBA COVID-19											
CONTACTOS ESTRECHOS IDENTIFICADOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS											
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO	NRO. DE DOCUMENTO	TELÉFONO	EPS	ARL	MUNICIPIO	CENTRO DE TRABAJO	FECHA DEL ÚLTIMO CONTACTO ESTRECHO

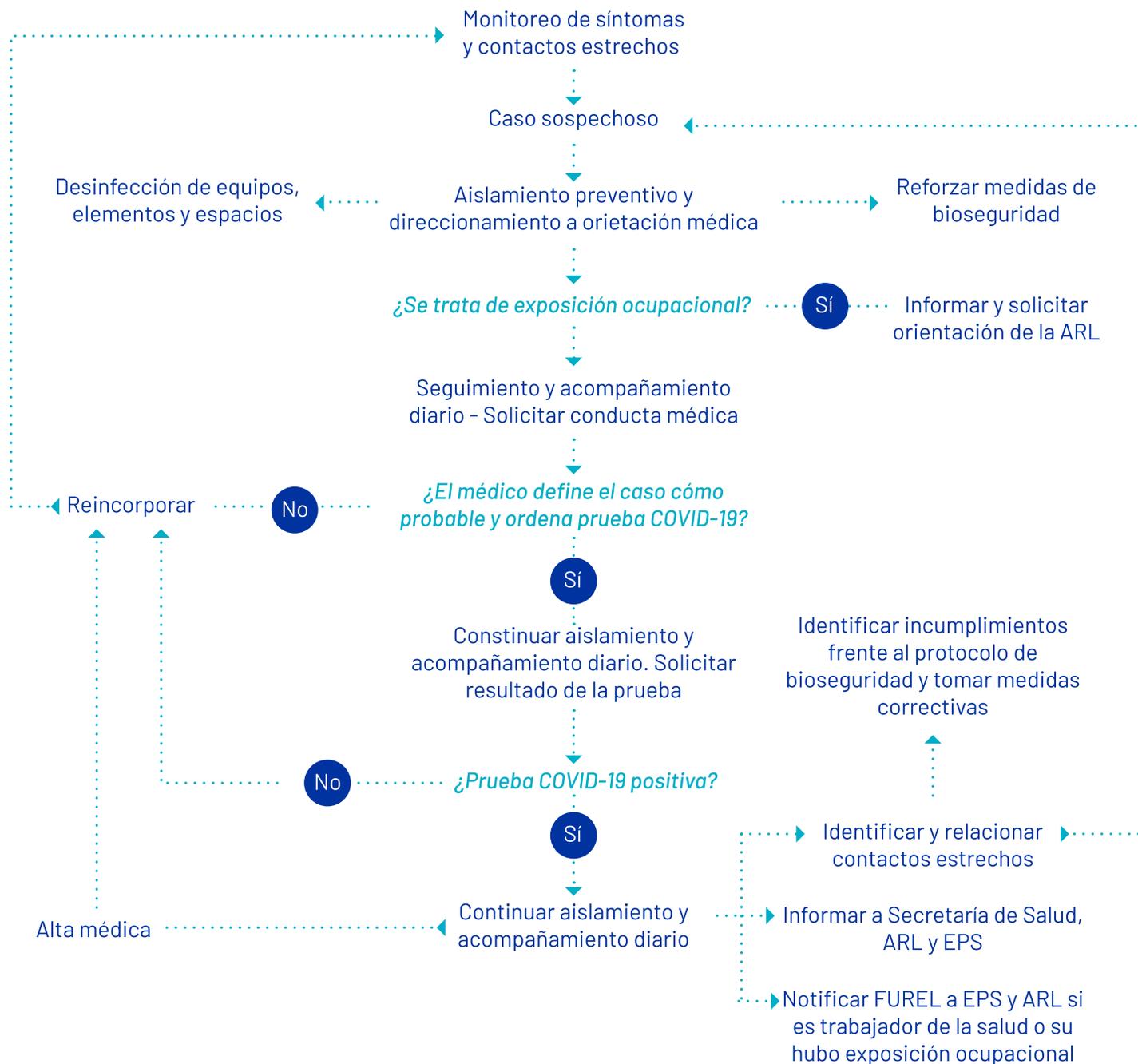
- Cada contacto estrecho debe ser manejado como un nuevo caso sospechoso, desde el punto 2.
- Durante la identificación y relación de contactos estrechos, paralelamente se deben identificar condiciones o conductas que dieron lugar a incumplimientos del protocolo de bioseguridad que permitieron la situación de contacto estrecho (incumplimiento de distancia mínima entre personas, no uso o uso inadecuado de EPP, asistir a la empresa con síntomas o durante el periodo de aislamiento, entre otras) y tomar las medidas correctivas.



13. Solicitar al empleado el certificado de incapacidad (por email o WhatsApp), ingresarlo al aplicativo de nómina y radicarlo ante la EPS o ARL (según el origen).
  14. En los casos de trabajadores de la salud y personal de apoyo directo a la prestación del servicio en instituciones prestadoras de salud, así como en los demás sectores económicos cuando se trate de una exposición ocupacional, se debe notificar el caso positivo mediante FUREL (Formato Único de Reporte de Enfermedad Laboral) a la EPS y ARL (Línea de atención ARL SURA 01 8000 511 414).
  15. Al momento de contar con alta médica que indique levantamiento de aislamiento, proceder con la reincorporación laboral (ver reincorporación de casos COVID-19).
-

A continuación, se presenta un flujograma que resume este protocolo:

## RESPUESTA FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS COVID-19



## REINCORPORACIÓN DE TRABAJADORES COVID-19 POSITIVO

Los empleados dados de alta por COVID-19 pueden desempeñar su actividad laboral habitual de manera normal. Solo aquellos empleados que presenten complicaciones que afecten su estado funcional requerirán de recomendaciones médicas, las cuales serán emitidas por el médico tratante o el médico de empresa. Se debe tener en cuenta que, si en la encuesta de riesgo individual queda clasificado con criterios de vulnerabilidad, la reincorporación deberá ser realizada de acuerdo con la patología de base y nivel de riesgo individual.

El líder directo debe realizar acompañamiento telefónico diario al empleado, verificando su condición, necesidades o apoyos que puedan ser brindados por la empresa y evolución para planificar la reincorporación. Desde la identificación del caso confirmado (con prueba diagnóstica positiva) se debe iniciar la planificación de la reincorporación involucrando al empleado, informando al líder directo y estableciendo medidas con el equipo de trabajo para sensibilizarlos sobre las condiciones seguras de la reincorporación, procurando evitar estigmatización o discriminación. Se recomienda realizar un seguimiento al empleado 48 horas después de la reincorporación para verificar las condiciones de la persona y su adaptación al equipo de trabajo.

Todos los casos deben ser enviados a Evaluación Médica Postincapacidad por médico de empresa o prestador de Seguridad y Salud en el Trabajo para validar que el empleado se encuentre en condiciones de reincorporación verificando que cuente con alta médica que indique levantamiento de aislamiento. También se deben evaluar las patologías o secuelas previas y definir la necesidad de continuar con las recomendaciones laborales o funcionales.

Todo empleado recuperado de infección por COVID-19 debe continuar cumpliendo de manera estricta todas las medidas del protocolo de bioseguridad en el trabajo, en el hogar y en el desplazamiento, para evitar posibles reinfecciones.

Para la toma de decisiones frente al manejo de las relaciones laborales durante periodos de cuarentena, aislamiento preventivo o empleados con condiciones de riesgo individual, se deberán analizar las diferentes opciones jurídicas existentes (<https://bit.ly/3gedMuD>) establecidas por el Ministerio del Trabajo y por la normativa laboral.



Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de ninguna parte de esta obra, ni su comercialización ni publicación en cualquier medio, sin el permiso previo y escrito de SURA S.A. © Propiedad Intelectual de SURA S.A., 2020.



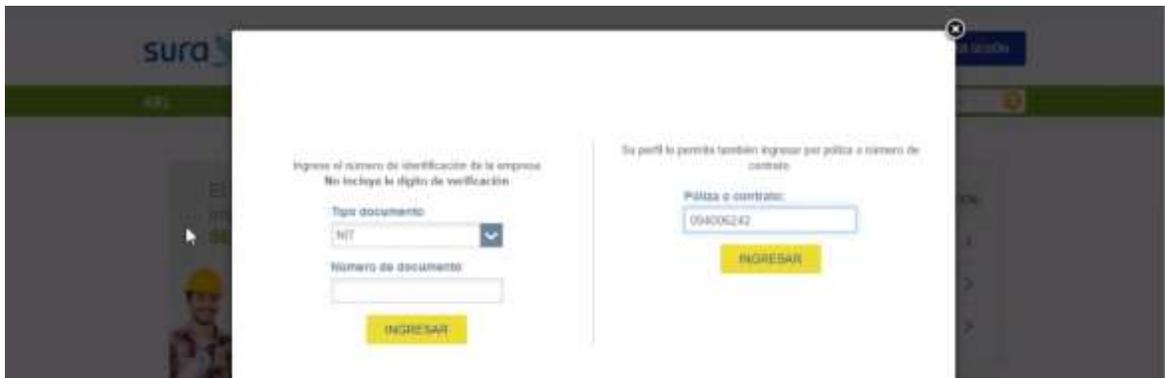
## **Anexo 2**

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

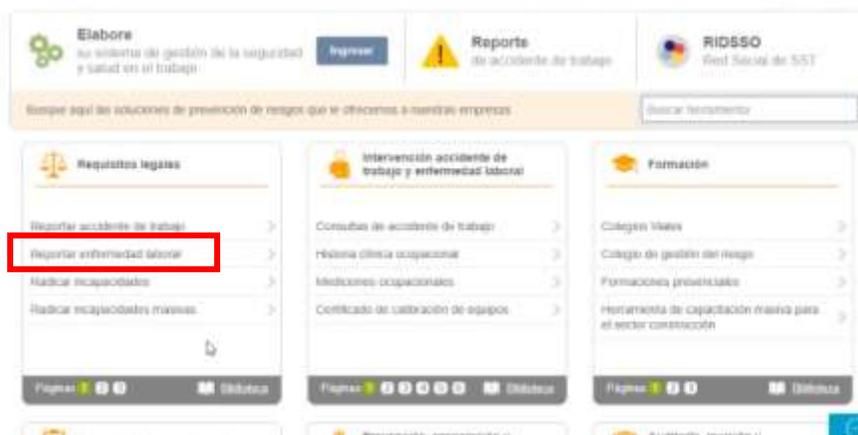
La funcionalidad de FUREL en LINEA fue diseñada para facilitar el proceso de ingreso de información suministrada por el trabajador o la empresa informando un caso de posible enfermedad laboral Covid-19 a través de nuestra página web [www.arlsura.com](http://www.arlsura.com)

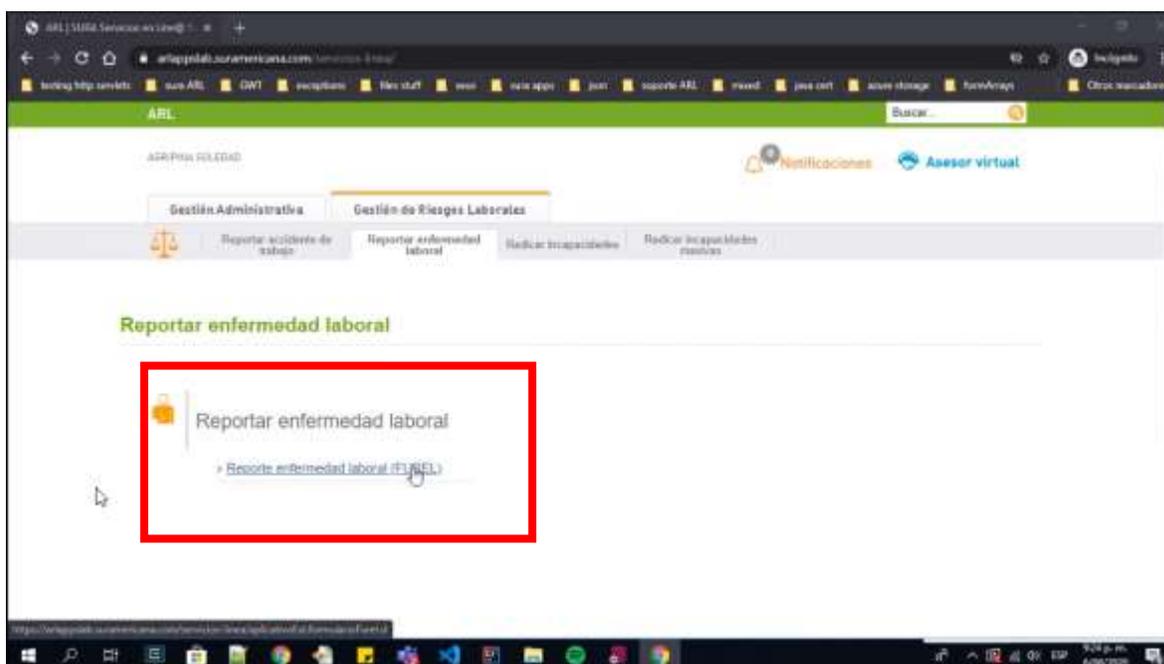
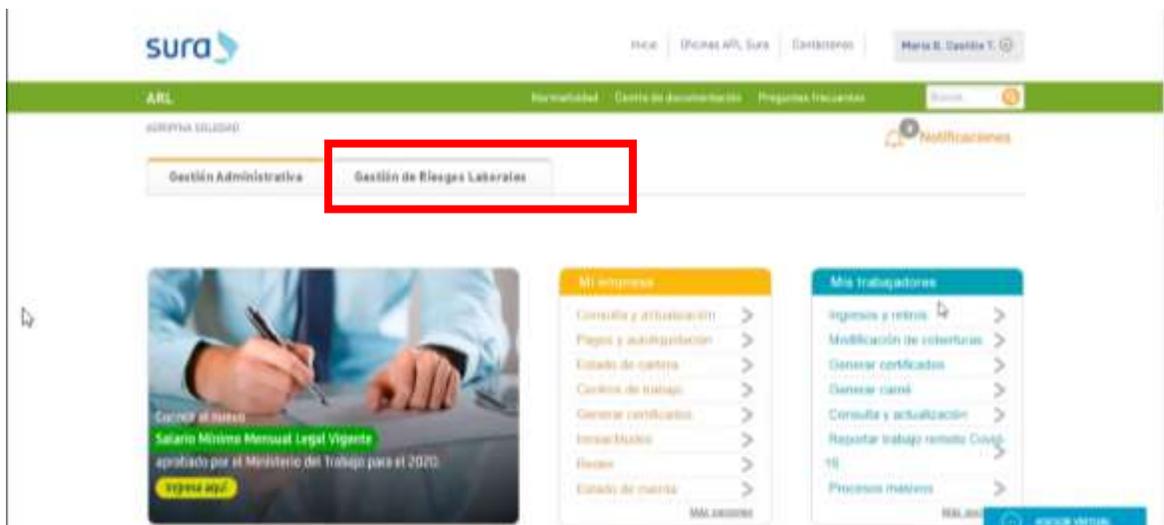
A continuación, le presentamos un instructivo de gestión para facilitar su manejo.

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 \*  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de documento \*  
ingresar el número de documento

Diagnóstico \*  
Autoseleccionar

Fecha diagnóstico \*  
seleccionar fecha

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 \*  
43039883  
C:43039883 - MORA LILIA

Diagnóstico \*  
Autoseleccionar

Fecha diagnóstico \*  
seleccionar fecha

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 \*  
08/17/2023

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 \*

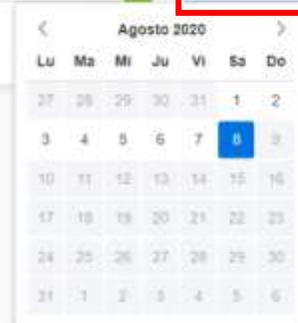
C43039883 - MORA LILIA

Diagnóstico \*

U072 - COVID-19 VIRUS NO IDI

Fecha diagnóstico \*

08/08/2020



### 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 08:04:43 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 \*  
 NINGUNA EPS

AFP a la que está afiliado \*  
 NINGUNA AFP

---

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

Vinculador laboral  
Empleador

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 08:04:43 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 \*  
 NINGUNA EPS

AFP a la que está afiliado \*  
 NINGUNA AFP

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

---

**II. Identificación general del empleador, contratante 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

Diagnosticada por \*  
Seleccione una opción...

Fecha diagnóstico \*  
08/08/2020

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

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

Diagnosticada por \*  
Seleccione una opción...

Fecha diagnóstico \*  
06/08/2020

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

**VI. Información sobre factores de riesgo asociados**

- 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

Continua 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 \*  
Aca 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.

### VII. Monitoreos relacionados con la enfermedad

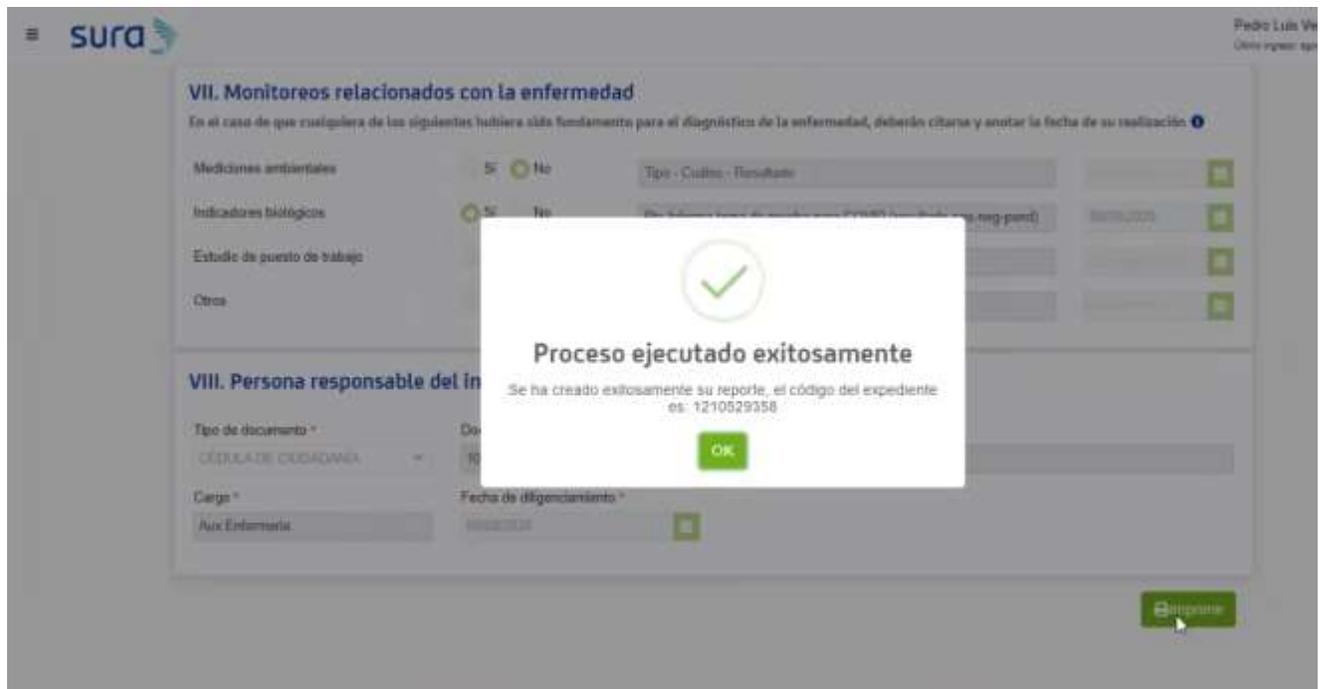
En el caso de que cualquiera de los siguientes hubiera sido fundamento para el diagnóstico de la enfermedad, deberán citarse y anotar la fecha de su realización

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	

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



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	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cúales - Resultado	
Indicadores biológicos	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Positivo	05/08/2020
Estudio de puesto de trabajo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cúales - Resultado	
Otros	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Tipo - Cúales - Resultado	

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

Tipo de documento *	Documento de identidad *	Apellidos y nombres completos *
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1037617992	Valejo Molina Juan Sebastian
Cargo *	Fecha de diligenciamiento *	
Aux Enfermería	05/08/2020	

reporteFurel.pdf

Imprimir

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

reporteFurel.pdf 1/2

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

No. 000

EMPRESA QUE EMPLEA: MINDENA EPS

EMPRESA QUE CONTRATA: MINDENA EPS

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

Tipo de vinculación laboral: EMPLEADOR

Código: 1015001

Nombre de la actividad: [Blank]

Nombre o razón social: S. RAMONIZADA DE LA MINA-MINA MINA

Dirección: [Blank]

Código: 00

**CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL**

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo: [Blank]

Dirección: S. 807 TONAH

Código: 00

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

Especie de actividad: [Blank]

Nombre: [Blank]

Fecha de nacimiento: [Blank]

## **Anexo 3**

 <b>ONCOMEDICAL</b> Unidad Oncológica	<b>FORMATO DE INFORME SEMANAL DE CUMPLIMIENTO MEDIDAS DE PREVENCIÓN COVID-19</b>		Copia controlada	
			Código	FGH-0300-09
			Versión	00
			Página	1 de 1
<b>Fecha de reunión</b>	3 de Septiembre de 2020	<b>% Cumplimiento</b>		
<b>Ciudad</b>	Cúcuta	100%		
1	<b>¿Se han realizado capacitaciones, charlas y/o entrega de material didáctico relacionado al COVID-19?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se realizan capacitaciones de manera virtual y se socializan temas de manera frecuente por medio de un grupo empresarial en whats app, evitando la circulación de papel. Se toman la evidencias respectivas.		
2	<b>¿Se han realizado inspecciones de seguimiento de uso adecuado de elementos de bioseguridad?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se realizan inspecciones de seguridad de manera frecuente, evaluando el uso correcto de los EPP por medio de asistencia a todas las áreas de trabajo y de observación por cámaras. Se toman las evidencias respectivas (Diligenciamiento de formato de inspecciones de EPP y fotos). Para la inpección se toma como referencia la indicación de los EPP de acuerdo al cargo, descrito en la matriz de EPP.		
3	<b>¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo con el número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se tiene definido en la matriz de EPP la frecuencia de recambio de los EPP para todos los cargos y para los que son reutilizables, se establece una estricta desinfección. A partir del mes de agosto, se aplican las recomendaciones emitidas por la ARL (SURA), con respecto a la información a diligenciar en el formato de entrega de EPP. Se realiza seguimiento a la entrega de EPP, Inventarios y demás funciones de los trabajadores encargados del departamento de compras.		
4	<b>¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Gerencia-Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se enviaron soportes al ministerio de trabajo de fichas técnicas y facturas de EPP.		
5	<b>¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se cuenta con evidencias de entrega de EPP a todos los niveles de acuerdo al grado de exposición al riesgo.		
6	<b>¿Los EPP se están entregando oportunamente?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se cuenta con evidencias de entrega de EPP a todos los niveles de la organización, de acuerdo a la razón de recambio definida en la matriz de EPP.		
7	<b>¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se cuenta con evidencias de entrega de EPP a todos los niveles, de acuerdo a la razón de recambio definida en la matriz de EPP. Cada trabajador diligencia un formato de recibido de EPP.		
8	<b>¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Gerencia-Área de Seguridad y Salud en el Trabajo		
	<b>Observación:</b>	Se cuenta con proyección de compras de EPP para los proximos meses, para garantizar disponibilidad de EPP, en la cantidad requerida de acuerdo al nivel de exposición.		
	<b>¿Se coordino con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 de 2020 expedidos por el Ministerio de Trabajo?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL SURA)		

<b>9</b>	<b>Observación:</b>	El 31 de julio de 2020, se realizó una segunda entrega de EPP, por parte de ARL SURA, Se hizo recepción y se verificó ficha técnica de cada elemento.
<b>¿Se acuerdan acciones preventivas y/o correctivas?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<b>Responsable:</b>	Gerencia-Área de Seguridad y Salud en el Trabajo-Copasst
<b>10</b>	<b>Observación:</b>	Posterior a reunión del Copasst y agente ARL SURA de manera semanal, se evalúan la acciones tomadas y se emiten medidas de mejoramiento. El día de hoy contamos con una trabajadora reincorporada a sus labores, despues de 10 días de aislamiento. 2 días después de su reincorporación laboral, recibió resultado de PCR positivo. El día martes 1 de septiembre, 2 trabajadores recibieron consulta médica por parte de ARL SURA, en la que les fue ordenada la prueba PCR y aislamiento por 10 días.

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
DANIELA ALEXANDRA CABALLERO	1.090.175.388	Coordinadora de Seguridad y Salud en el trabajo.	
MERLÍN BOHÓRQUEZ MORENO	1.090.411.568	Suplente de la presidente	
HERVIN ALFONSO BOTERO ORREGO	71367280	Secretario Copasst	
JENNIFER ARDILA		ARL SURA	<b>Soporte Acta emitida</b>