

MINISTERIO DEL TRABAJO
DIRECCION GENERAL DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO
SISTEMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO
DECLARACION DE ENFERMEDAD PROFESIONAL
(ANEXO NO. 2)

DATOS DE LA EMPRESA

Código de la empresa:	
Nombre de la Empresa:	
Dirección de la Empresa:	

DATOS DEL EMPLEADO

Nombre y apellidos:			
No. de cédula:			
Es asegurado:	☐ SI	☐ NO	
No. de INSS:			
Sexo:	☐ Masculino	☐ Femenino	
Edad:		Años	
Ocupación:			
Turno de trabajo:	☐ Diurno	☐ Nocturno	☐ Mixto
Salario mensual:			
Departamento:			
Municipio:			
Dirección:			

DATOS DEL LUGAR DE LA ENFERMEDAD

Departamento:	
Municipio:	

DATOS OCUPACIONALES

Área o sección donde labora en la empresa:	
Antigüedad en el trabajo:	
Empleos anteriores y tiempo: (institución, ocupación, tiempo)	
Diagnóstico de la enfermedad profesional:	
Enfermedad por sistema afectado:	
Causa de la enfermedad:	
Parte del cuerpo afectada:	
Exámenes médicos realizados para el diagnóstico de la enfermedad:	
Fecha de la valoración médica:	día/mes/año)
Unidad médica que diagnosticó la enfermedad profesional	
Fecha que se diagnosticó la enfermedad:	(día/mes/año)

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre y apellidos	
Cargo en la empresa:	
Fecha de declaración:	
Firma y sello de la empresa:	