



SEÑORES

CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE CALDAS

CORPOCALDAS.

ATTE.: LORENA GAVIRIA PULIDO

PROFESIONAL ESPECIALIZADA SG-SST.

ASUNTO: INFORME

A partir de los resultados de la medición de riesgo psicosocial en la corporación se evidencia la necesidad de mantenimiento de acciones preventivas, de intervención, de acompañamiento y de remisión relacionadas con el riesgo psicosocial de la institución. Por tanto, describiremos la gestión del riesgo de acuerdo con las necesidades expresadas.

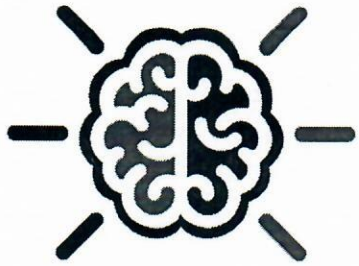
ACCIONES PREVENTIVAS

- Se efectúa actualización al sistema de vigilancia epidemiológica en riesgo psicosocial
- Se crean los formatos para la documentación del acompañamiento en riesgo psicosocial. Se anexan formato.
- Con el apoyo del área de SST se creó y comunicó la nueva cuenta de correo electrónico para el acceso directo al acompañamiento psicosocial

ACCIONES DE INTERVENCIÓN

- Se efectuaron dos talleres de duelo correspondiente a la subdirección de infraestructura ambiental y al área jurídica, como apoyo y gestión del duelo tras el deceso de dos funcionarios
- Se realizó intervención en crisis a dos funcionarios que lo requirieron a raíz de circunstancias emocionales
- Se planificó la intervención e los factores de riesgo obtenidos en la medición psicosocial

Salud Mental Integral



SAFARI
-ALZATE ACOSTA-

ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO

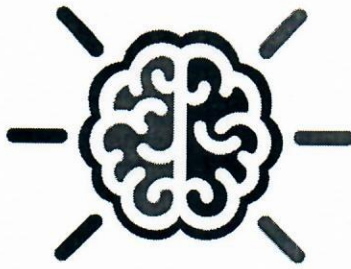
- Se continuo con las sesiones de intervención y acompañamiento a los funcionarios que las han solicitado a través del correo previsto en la corporación para la gestión del riesgo psicosocial
- Se apoyó la gestión del área de SST con la ARL para lograr sinergia en el plan de acción 2022

ACCIONES DE REMISIÓN

- Fruto de los acompañamientos individuales y previo al conocimiento de EMCs, se remiten dos funcionarios a control por neurología y psiquiatría

SAFARI PAOLA ALZATE ACOSTA
Psicóloga. T.P 104768
Especialista en Salud Ocupacional.
Lic 0176 DTSC.


Salud Mental Integral

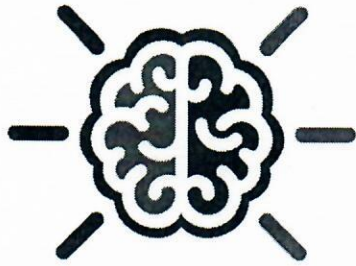


SAFARI

-ALZATE ACOSTA-


ANEXOS: FORMATOS DE ACOMPAÑAMIENTO

 Corpocaldas <small>Corporación Autónoma Regional de Caldas</small>	FICHA INICIAL DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL		Fecha: 2022/02/01			
	ISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Página: 1 de 2			
			Código			
DATOS DE LA ATENCION PSICOSOCIAL						
Ciudad: _____				Fecha:	MM DD AAAA	
Subdirección: _____						
Jefe Inmediato: _____						
TIPO DE ATENCIÓN		Urgencia: <input type="checkbox"/>	Programada: <input type="checkbox"/>	Remitido por : Area: <input type="checkbox"/>	SST <input type="checkbox"/>	
DATOS PERSONALES						
Nombre				Documento Identidad	CC CE PE DNI	
Fecha Nacimiento:	DD	MM	AAAA	Edad:	Número Documento:	
Numero de Contacto _____						
Correo electrónico Institucional: _____						
Grado de Instrucción:	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Media voc <input type="checkbox"/>	universitaria <input type="checkbox"/>	Postgrado <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	EPS:			
Contacto de emergencia Nombre:				Teléfono		
MOTIVO DE CONSULTA						
ANTECEDENTES						
PERSONALES:						
DX en SM						
EMC						
HOSPITALIZACIONES POR EMC EN SM:						
GENOGRAMA						
<i>Salud Mental Integral</i>						



SAFARI

-ALZATE ACOSTA-

 CORPORACIÓN CALDENSE DE SEGURIDAD Y SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Fecha: 2022/02/01
	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version: 2022-02-01
		Código:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA AL FUNCIONARIO CON ÉNFASIS PSICOSOCIAL

Yo, _____ identificado con documento de identidad:
CC. _____ DNI. _____ No. _____ He decidido participar libremente del
acompañamiento psicosocial brindado por la corporación

- La información suministrada durante el presente acompañamiento está sometida a reserva y confidencialidad, conforme lo establece la Ley 1090 de 2006, por lo que los registros estarán custodiosos por la Especialista.
- La información obtenida, será para fines inherentes a la Seguridad y Salud en el Trabajo y no se proporcionará a la empresa información individual.

En constancia de lo anterior:

Firma _____ Cédula _____

Fecha: DD / MM / AAAA

Salud Mental Integral