**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

Usted está invitado a participar en la Evaluación de los Factores de Riesgo Psicosocial de **razón social de la empresa**.

**Objetivo**: evaluar los factores de riesgo psicosocial, cuyo fin es identificar necesidades de intervención para la prevención y/o disminución de dichos factores de riesgo, buscando la salud del empleado y el mejoramiento de su calidad de vida y de sus familias, y a su vez dar cumplimiento a la Resolución 002646/2008, del Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio del Trabajo.

Su participación es voluntaria y puede decidir la no participación sin que ello implique ningún tipo de sanción.

**Metodología empleada**: si acepta participar, se le pedirá que diligencie algunos cuestionarios que buscan recolectar información, los cuales fueron diseñados por expertos de **nombre de entidad** por contratación del Ministerio del Trabajo.

**Riesgos:** el hecho de participar en este estudio no implicará ningún tipo de riesgo, al contrario, contribuirá con un proceso de prevención e intervención que busca generar mejoramiento de salud y calidad de vida a usted y al resto de sus compañeros.

**Beneficios:** la información aquí recolectada permitirá conocer cuáles son los riesgos psicosociales intralaborales y extralaborales que están presentes en **razón social de la empresa**, con el fin de implementar estrategias de intervención que puedan llegar a mitigar sus niveles de estrés, mejorar su salud, su productividad y su calidad de vida.

**Personas con acceso a la información**: la información que usted aportará en los cuestionarios será de manejo total de las psicólogas que efectuarán este estudio y con fines únicamente de seguridad y salud en el trabajo.

Usted puede realizar las preguntas que desee durante el curso del estudio, si está de acuerdo en participar, firme por favor:

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con No. de cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente en el cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el área/dependencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en mi condición de trabajador de **razón social de la empresa**, manifiesto que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la Evaluación de Riesgo Psicosocial. En consecuencia doy mi consentimiento para que se me apliquen los instrumentos de medición de los factores de riesgo psicosocial \*(Cuestionario de factores intralaborales, cuestionario de factores extralaborales y cuestionario para la identificación de estrés), encuestas de información sociodemográfica, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en el protocolo del Programa de Vigilancia Epidemiológica de riesgos psicosociales que contribuyan a generar diagnósticos confiables. Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario busca promover un programa para prevenir situaciones psíquicoorgánicas que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, como también impactar en mi desempeño laboral. Es importante recalcar que la información suministrada en el marco del proceso diagnóstico es absolutamente confidencial, no representa ningún tipo de riesgo físico o mental para los participantes y no tendrá repercusiones en el ámbito laboral o personal pues únicamente será usada por la Psicóloga responsable del proceso. Finalmente se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_