**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El Programa de Prevención y Vigilancia Epidemiológica del Riesgo Biomecánico, corresponde a un conjunto de actividades desarrolladas en el ámbito del trabajo de la entidad, que tienen como objetivo contribuir en el diseño de estrategias para la prevención, intervención y control de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de enfermedades que involucran a los músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, nervios y los vasos sanguíneos; Al implementar el Programa, se analizan las condiciones de salud y trabajo de la población laboral de la entidad y se procede a priorizar las áreas con riesgo de presentar desórdenes músculo esqueléticos.

La información proporcionada por Usted, es ingresada y guardada en un programa informático que será manejado exclusivamente por el profesional encargado, como parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, con un carácter confidencial, según lo establecen el Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional. En el caso de la custodia, entrega y demás disposiciones de las evaluaciones de las condiciones de salud, se considerará lo estipulado por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio del Trabajo (Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009, Decreto 1443 de 2014).

Con base en lo enunciado anteriormente, **Autorizo\_\_\_\_** **NO autorizo\_\_\_\_\_**, hacer parte de la muestra de trabajadores que participarán durante el año 2024 en el Programa de Prevención y Vigilancia Epidemiológica del Riesgo Biomecánico.

Por ultimo y de conformidad con lo dispuesto en la ley estatutaria 1581 de 2012, **Autorizo\_\_\_\_\_ NO autorizo\_\_\_\_\_** al Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible para el tratamiento y manejo de mis datos personales con el fin de contribuir a la identificación y definición del nivel de riesgo biomecánico en el que se encuentra la entidad, el cual proporcionará información importante para la definición de acciones de mejoramiento e intervención como un paso más para contribuir en mi estado de salud músculo esquelética.

Mediante la firma del presente documento, voluntariamente doy mi aprobación para participar en este Programa. Puedo retirarme del mismo, en cualquier momento y no seré sancionado por ello. Mi firma implica que he leído y entendido esta información y se han contestado todas mis preguntas referentes al Programa.

**Nombre del colaborador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. de Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**