

NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO

Código: FP-ST-07 **Versión:** 4 **Vigencia:** 10 de marzo de 2022

Página: 1 de 2

FECHA: _____

DATOS DE LA FUNCIONARIA

NOMBRE Y APELLIDOS:	
No. DOC. IDENTIDAD	
CARGO:	
OFICINA / ÁREA:	
DIAGNÓSTICO EMBARAZO	
FECHA DEL DIAGNOSTICO:	
SEMANAS DE GESTACIÓN:	
FECHA PROBABLE DE PARTO:	
EPS:	

DATOS DEL JEFE INMEDIATO

NOMBRES Y APELLIDOS:	
CARGO:	
No. DOC. IDENTIDAD	

NOTA: La notificación es de obligatorio cumplimiento y el jefe inmediato debe oficializar a la Analista de SST (Seguridad y Salud en el Trabajo) tan pronto se diagnostique el estado de embarazo.

Anexar fotocopia de historia clínica con sus soportes (Gravidez, valoración médica, copia ecografía, etc.)

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE INMEDIATO

Fecha de recepción en área de SST: _____

Recibido por: _____

NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO

Código:	FP-ST-07	Versión:	4	Vigencia:	10 de marzo de 2022	Página:	2 de 2
----------------	----------	-----------------	---	------------------	---------------------	----------------	--------

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

OBJETIVO	Tener conocimiento de los casos de embarazo que se presenten en la cooperativa con el fin de que esta pueda adoptar medidas oportunas de prevención relativas a la protección de la maternidad.
-----------------	---

ARCHIVO Y CONTROL	Este formato debe ser diligenciado por toda funcionaria que labore en la cooperativa una vez que se entere de su embarazo. Los formatos diligenciados se archivarán en la carpeta denominada "Notificaciones de embarazo" y será custodiada por el responsable del SG-SST.
--------------------------	--

No.	CAMPO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en el que se presenta la notificación.
2	NOMBRES Y APELLIDOS:	Registrar los nombres y apellidos de la funcionaria que presenta la notificación de embarazo.
3	No. DOC. IDENTIDAD	Indicar el número de la cedula de ciudadanía de la funcionaria.
4	CARGO:	Especificar el cargo que desempeña la funcionaria en la cooperativa
5	OFICINA / ÁREA:	Escribir el nombre de la oficina o área en la cual la trabajadora desempeña a su cargo.
6	FECHA DEL DIAGNOSTICO:	Indicar el día, mes y año en el que se le diagnóstico el estado de embarazo a la funcionaria.
7	SEMANAS DE GESTACIÓN:	Escribir el número de semanas de gestación con las que cuenta la funcionaria al momento de presentar la notificación
8	FECHA PROBABLE DE PARTO:	Indicar Día-mes-año probable de nacimiento del bebé (la cual debe ser notificada por el médico tratante).
9	EPS:	Escribir el nombre de la entidad prestadora de salud a la cual se encuentra afiliada la funcionaria.
10	NOMBRES Y APELLIDOS:	Escribir nombres y apellidos del jefe inmediato de la funcionaria.
11	CARGO:	Indicar el cargo que desempeña el jefe inmediato en la cooperativa.
12	Nº DE CEDULA DE CIUDADANIA:	Diligenciar el número de la cedula de ciudadanía del jefe inmediato.
13	FIRMAS:	Deberán firmar tanto la funcionaria como el jefe inmediato (como constancia de conocimiento de la notificación).
14	FECHA RECEPCION:	Escribir el Día-mes-año en el que se recibe la notificación.
15	RECIBIDO POR:	Registrar los nombres y apellidos de la persona que recibe la notificación

CONTROL DE CAMBIOS

La trazabilidad de los cambios generados en el documento podrá ser consultada en el Listado Maestro de Documentos.

Versión	Descripción Del Cambio	Fecha de Aprobación
4	Se cambia el encabezado del documento según nuevo modelo de formatos de calidad. Se cambia el campo de CC No. Por No. Doc. Identidad y el espacio de las firmas del documento.	09 de marzo de 2022

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
JULIAN SANTIAGO CLAROS CASTELLANOS Cargo: Analista SIG (e)	ANDRES FELIPE SOLANO CLAROS Cargo: Director de TD y SIG	NÉSTOR BONILLA RAMÍREZ Cargo: Gerente General