DECLARACION EXPRESA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ANÁLISIS PSICOSOCIAL DE PUESTO DE TRABAJO

Como parte de la identificación de los Factores de Riesgo Psicosocial, reglamentada por el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución 2646 del 2008, se hace necesario evidenciar las características con las que cuenta el cargo de _____ por medio de un análisis psicosocial de puesto de trabajo en el cual se evaluaran las dimensiones correspondientes al dominio "Demandas del trabajo" las cuales son:

- Demandas Cuantitativas.
- Demandas de Carga Mental.
- Demandas Emocionales.
- Exigencias de Responsabilidad del Cargo.
- Demandas ambientales y de esfuerzo físico.
- Demandas de la jornada de trabajo.
- Consistencias del Rol.

El objetivo de este análisis es el de identificar cual o cuales de estos dominios pueden configurar factores de riesgo que potencialmente generen estrés en la persona que se encuentran desempeñando las responsabilidades del cargo en análisis.

Como resultado de éste análisis, se presentará un informe en el que se realiza una caracterización del cargo o puesto de trabajo, identificando cuales de las actividades propias del cargo son factores de riesgo psicosocial.

En procura de garantizar el adecuado manejo de la información, y la veracidad de los datos obtenidos, el uso y aplicación de los instrumentos de medición, por medio de entrevista y observación, se hará bajo el marco ético y legal que regula las actividades en salud ocupacional y psicología de acuerdo con la legislación colombiana vigente

Con base en la información que me han suministrado sobre el análisis de puesto de trabajo con énfasis psicosocial, declaro libremente que leí y entendí los objetivos, metodología, análisis de resultados, informe y confidencialidad de los datos suministrados. Por tal razón:

☐ **ACEPTO PARTICIPAR EN EL ANÁLISIS PSICOSOCIAL DE PUESTRO DE TRABAJO**

☐ **NO ACEPTO PARTICIPAR EN EL ANÁLISIS PSICOSOCIAL DE PUESTO DE TRABAJO**

En señal confirmatoria de mi decisión, firmo en la ciudad de _____ a los _____ ( ) días del mes de _____ del año _____.

Nombre: _____

Firma: _____

Cedula: _____