|  |  |
| --- | --- |
| FECHA: |  |
| NOMBRE COMPLETO: |  |
| C.C: |  |
| CARGO: |  |
| AREA: |  |
| TIPO DE VINCULACIÓN: |  |
| ENTIDAD DE SALUD: |  |
| MOTIVO: | ACCIDENTE DE TRABAJO |  | ENFERMEDAD COMUN  |  | ENFERMEDAD LABORAL |  |
| OTROS MOTIVOS:  | GESTACIÓN |  | ACCIDENTE DE TRANSITO |  | OTRO: |  |
| DIAS DE INCAPACIDAD |  | VALORACIÓN POST INCAPACIDAD |  |
| PROCESO: | INICIAL  |  | SEGUIMIENTO  |   |
| REUBICACIÓN | ADAPTACIÓN:  | REINCORPORACIÓN CON RESTRICIONES: |
| ASUNTO:  |
| PARTICIPANTES: |
| RESTRICCIONES: |
| CONDUCTA MEDICA: ESPECIALISTA MEDICO LABORAL   |
| PROCESO DE REHABILITACCIÓN (Terapias, uso de ayudas como muletas, bastón o caminador) |
| RECOMENDACIONES: |
| **TIPO DE PROCESO** | **SI** | **NO** |
| Modificaciones al Ambiente de Trabajo |  |  |
| Reintegro sin Modificaciones (Cuando el trabajador ha recuperado su capacidad laboral) |  |  |
| Reintegro con Modificaciones (Cuando el trabajador para su desempeño en el mismo puesto de trabajo requiere de modificaciones tales como: reasignación de tareas, límite de tiempos, asignación de turnos u horarios específicos, entre otros).  |  |  |
| Reubicación Temporal (cuando el trabajador no cuenta con incapacidad médica y aún está en tratamiento o requiere tiempo para su recuperación funcional, este debe ser reubicado de manera temporal en un puesto de menor complejidad o exigencia, mientras se restablece la capacidad individual y las condiciones de trabajo no representen riesgo para el trabajador)  |  |  |
| Reubicación Definitiva (En aquellos casos en los que la capacidad mínima del trabajador no corresponde a las exigencias del trabajo que venía desempeñando, debe considerarse la opción de reubicar el trabajador en otro puesto de trabajo, previa identificación y evaluación respectiva) |  |  |
| **OPCIONES DEL PROCESO: (Marcar con una X)** |
| **ADAPTACIÓN LABORAL:** Después de analizar las exigencias de su puesto de trabajo consideramos que se pueden adaptar las tareas o redistribuir las mismas de forma que se cumplan las recomendaciones de la siguiente manera: |   | **REUBICACIÓN:** Después de analizar las exigencias de su puesto de trabajo, consideramos que no es posible adaptar las tareas a las recomendaciones, por lo cual se define realizar un proceso de reubicación, se analizan diferentes posibilidades de tareas teniendo en cuenta las anteriores recomendaciones y se define asignar las siguientes funciones:  |    |
| AREA DE ADAPTACIÓN/REUBICACION:  |  |
| TIEMPO DE RECOMENDACIONES:  |  |
| JEFE INMEDIATO: |  |
| HORARIOS:  |  |
| FUNCIONES:  |
| COMPROMISO: |
| SEGUIMIENTO:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Asuntos/Trámites pendientes**  | **Responsable**  | **Fecha de Seguimiento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ANEXOS: (Relacionar anexos suministrados por el trabajador o por SST)**  |

Para constancia de lo anterior se firma en a los días del mes de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JEFE INMEDIATO TRABAJADOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIVISIÓN DE RELACIONES LABORALES SECCIÓN DE SEGURIDADY SALUD EN Y PRESTACIONALES EL TRABAJO