|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

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

COORDINACIÓN TALENTO HUMANO SECCIÓN DE SEGURIDADY SALUD EN EL TRABAJO