|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TRABAJADOR** | **NOMBRE** | **DOCUMENTO** | **EDAD** |
|  |  |  |
| **FECHA DE SEGUIMIENTO** |  |
| **TIPO CONTIGENCIA**  | **ENFERMEDAD LABORAL** | **ACCIDENTE DE TRABAJO** | **ORIGEN COMÚN** |
|  |  |  |
| **TIPOS DE REINTEGRO**  | Sin Modificación (regresa a su oficio habitual sin ningún cambio |  |
| Con modificaciones (regresa a su oficio habitual con reasignación de tareas – modificación de puestos de trabajo) |  |
| Reubicación temporal (Ubicación del trabajador en puestos de trabajo diferentes, de menor complejidad o exigencias mientras se completa la rehabilitación) |  |
| Reubicación definitiva (Ubicación del trabajador en puestos de trabajo diferentes, de menor complejidad o exigencias mientras se completa la rehabilitación) |  |
| Reconversión de mano de obra (entrenamiento o capacitación en un arte laboral diferente) |  |
| **PUESTO DE TRABAJO POSTERIOR A LA REINCORPORACIÓN** | **AREA**  | **CARGO**  | **TIEMPO EN EL ÚLTIMO CARGO** |
|  |  | Especificar el tiempo en que el trabajador lleva con las actuales tareas |
| **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** | **Jornada Laboral:** |  |
| **Horas extras:** |  |
| **Tiempo asignado para la realización de las pausas saludables o indicaciones dadas por los tratantes:** |  |
| **TAREAS ASIGNADAS Y AJUSTES POSTERIORES AL EVENTO (DESCRIPCIÓN - FRECUENCIA)** |  |
|  |
|  |
|  |
| **USO DE HERRAMIENTAS, MAQUINAS Y/O EQUIPOS** |  |
| **MANIPULACION DE CARGAS (Manual o con ayuda externa).** |  |
| **POSTURAS PRINCIPALES (sentado, de pie, rodillas, cuclillas)** |  |
| **PLANOS DE TRABAJO** **Alto: Por encima del nivel de los hombros.****Medio: A nivel de la cintura****Bajo: Por debajo de la cintura** |  |
| **INFORME DE BIOSEGURIDAD** |
| **Contenido** | **SI** | **NO** | **Observaciones** |
| Realiza el monitoreo síntomas |  |  |  |
| Conoce el protocolo de bioseguridad de la empresa  |  |  |  |
| Realiza las técnicas adecuadas de lavado de manos |  |  |  |
| Realiza los cuidados distanciamiento social |  |  |  |
| Hace uso adecuado de los EPP |  |  |  |
| **INFORME DEL SUPERVISOR** |
| **Contenido** | **SI** | **NO** | **Observaciones** |
| ¿Tuvo conocimiento de las recomendaciones laborales del trabajador al momento de su reintegro? |  |  |  |
| ¿Considera que la tarea que le fue asignada al trabajador cumple con las recomendaciones dadas? |  |  |  |
| ¿Tiene definido el estándar de producción esperado para el trabajador en el oficio asignado? |  |  |  |
| ¿El grupo de trabajo en el cual se reintegró, tiene conocimiento de las recomendaciones? |  |  |  |
| ¿Ha tenido acompañamiento cuando lo requiere de los compañeros del área? |  |  |  |
| ¿Responde a las tareas asignadas relacionados con su puesto? |  |  |  |
| ¿El trabajador cumple con la exigencia de calidad en las tareas asignadas? |  |  |  |
| ¿Continua con tratamientos médicos? (Citas médicas, tratamiento farmacológico, terapias) |  |  |  |
| ¿Ha observado capacidad para aprender tareas nuevas? |  |  |  |
| ¿Ha percibido cambios estado de ánimo del trabajador luego de su retorno al trabajo? |  |  |  |
| ¿Tiene Conocimiento de que a nivel Familiar se presente alguna dificultad que pueda afectar el proceso de reincorporación? |  |  |  |
| **INFORME DEL TRABAJADOR** |
| **Contenido** | **SI** | **NO** | **Observaciones** |
| ¿Le fueron informadas las recomendaciones a tener en cuenta en su desempeño laboral?  |  |  |  |
| ¿Siente que puede desempeñar las tareas asignadas sin dificultad de acuerdo con las recomendaciones emitidas? |  |  |  |
| ¿Cumple con el estándar de producción definido para el cargo asignado? |  |  |  |
| ¿Los compañeros del área han apoyado su proceso de reincorporación? |  |  |  |
| ¿Usted cumple con las recomendaciones o restricciones a nivel laboral como de su vida diaria? |  |  |  |
| ¿Usted cumple con los horarios y turnos laborales definidos por la empresa? |  |  |  |
| ¿Percibe que la actividad laboral asignada a permitido mejorar su condición de salud? |  |  |  |
| ¿Se siente motivado en la empresa frente a las actividades asignadas? |  |  |  |
| ¿Ha percibido cambios estado de ánimo luego de su retorno al trabajo? |  |  |  |
| **INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |
| **Contenido** | **SI** | **NO** | **Observaciones** |
| ¿Los ajustes realizados a las tareas no representan riesgos para la salud del trabador? |  |  |  |
| ¿Las modificaciones realizadas se adaptan a las necesidades de salud del trabajador? |  |  |  |
| ¿De acuerdo con el desempeño del trabajador que otro rol puede desempeñar?  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** Aspectos a resaltar o dificultades presentadas que no se hayan descrito.Dificultades de salud específicas presentadas en el seguimiento (citas, terapias, controles, exámenes entre otros) |
|  |
| **FECHA DEL PRÓXIMO SEGUIMIENTO:** |  |
| **CIERRE DEL CASO:**  Se da cierre del caso cuando se define el concepto de alta médica por tratantes y se define su condición funcional, en donde se valida si puede retornar a su mismo cargo, continúan los ajustes en el puesto de trabajo en cuanto a restricciones o adaptaciones o reubicación laboral definida. |
|  |
| **FIRMAS**  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **TRABAJADOR** | **SST** | **JEFE DIRECTO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo | Dirección de Aseguramiento de la CalidadLíder SIG | Consejo de Rectoría | Agosto del 2022 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **ÍTEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Agosto 2022 | 2 | Encabezado  | Se cambia el encabezado y control de cambios del procedimiento según los lineamientos del SIG |