OBJETIVO:

Con la finalidad de contribuir con su proceso de rehabilitación integral, la empresa Universidad Católica de Manizales garantizará el cumplimiento de las recomendaciones medico laborales emitidas por (ARL – EPS - EMPRESA) conforme a lo establecido con la legislación vigente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA REINCORPORACIÓN** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL TRABAJADOR** | | **NOMBRE Y APELLIDOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **DOCUMENTO** | | | **EDAD** |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| **TIPO CONTIGENCIA** | | **ENFERMEDAD LABORAL** | | | | **ACCIDENTE DE TRABAJO** | | | | | | | | | | | | | **ORIGEN COMÚN** | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **FECHA DEL EVENTO** | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **VULNERABILIDAD** | | Describa si el trabajado es vulnerable para COVID y si actualmente la patología se encuentra controlada con concepto médico del tratante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VACUNACIÓN** | | **FECHA 1RA DOSIS** | **FECHA 2DA DOSIS** | **SEMANAS DESDE LA APLICACIÓN DE LA 2DA DOSIS** | | | | | | | **BIOLÓGICO** | | | | | | | | **OBSERVACIONES:** | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | En caso de no contar con esquema de vacunación, describir el motivo por el cual se genera. | | | | |
| **PUESTO DE TRABAJO DE CONTRATACIÓN INICIAL** | | **AREA** | | | | **CARGO** | | | | | | | | | | | | | **TIEMPO EN CARGO** | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **RECOMENDACIONES FUNCIONALES Y/O LABORALES** | | **EMITIDAS POR:** | | | |  | | | | | | | | | | **VIGENCIA (TIEMPO)** | | | | |  | | |
| Enumerar cada una de las recomendaciones emitidas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPOS DE REINTEGRO** | | | | | | | | | | | | | | | | **TEMPORAL** | | | | | | **DEFINITIVO** | |
| Sin Modificación (regresa a su oficio habitual sin ningún cambio)- No aplica temporalidad | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Con modificaciones (regresa a su oficio habitual con reasignación/modificación de tareas – modificación de puestos de trabajo) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Reubicación (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) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **MODALIDAD DE TRABAJO** | | **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TELETRABAJO** | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **TRABAJO REMOTO** | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTERNANCIA** | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **PRESENCIAL** | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **PUESTO DE TRABAJO POSTERIOR A LA REINCORPORACIÓN** | **AREA** | | | | | | | | | | | | | | | | | **CARGO** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **TAREAS ASIGNADAS Y AJUSTES POSTERIORES AL EVENTO (DESCRIPCIÓN - FRECUENCIA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** | **Jornada Laboral:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Horas extras:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Tiempo asignado para la realización de las pausas saludables o indicaciones dadas por los tratantes:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DE EMPRESA EN LA REINCORPORACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **SI** | | **NO** | | | | **FECHA** | | | **OBSERVACIÓN** | | | | | | | | |
| Seguimiento al trabajador (presencial – virtual o telefónico) | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| Seguimiento telefónico con la familia durante el periodo de incapacidad | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| Se identificaron por parte de la empresa necesidades a nivel familiar y se brindan algunos apoyos | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| Participación de líderes y diferentes mandos de la empresa en la definición de alternativas laborales. | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| Se programó evaluación Médica ocupacional pos - incapacidad | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| El grupo de trabajo al cual se va a integrar tiene conocimiento de las recomendaciones y está preparado para su reintegro. | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| **BIOSEGURIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Contenido** | | | | | | | **SI** | | **NO** | | | | **OBSERVACIÓN** | | | | | | | | | | |
| Registrar que el trabajador recibió información sobre la importancia de monitoreo de temperatura corporal y de síntomas | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Conoce el protocolo de bioseguridad de la empresa | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Recibió información relacionada con las técnicas adecuadas de lavado de manos | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Recibió información relacionada con los cuidados distanciamiento social | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Se hizo entrega de EPP y el entrenamiento para su adecuado uso | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **AL INICIAR EL PROCESO DE REINCORPORACIÓN EL TRABAJADOR PARTICIPARÁ EN:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACTIVIDAD** | | | | | | | | | | | | | | **FECHA** | | | | | **RESPONSABLE** | | | | |
| Inducción y/o reinducción a procesos administrativos propios de la organización. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| Inducción y/o reinducción al puesto de trabajo a las tareas asignadas. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| Socialización de las lecciones aprendidas del evento laboral presentado. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| Socialización de las recomendaciones emitidas | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| De igual manera la empresa facilitará la continuidad de los tratamientos médicos que actualmente se encuentra llevando; Para ello es importante que el Sr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_informe oportunamente a (su jefe inmediato o quien defina la empresa), si por el evento actual presenta incapacidades prescritas durante su proceso de adaptación laboral, así como la programación de cirugías o procedimientos, citas médicas, terapias, exámenes, entre otros con su respectiva fecha (por lo menos XX días de antelación).  Dado que las recomendaciones fueron emitidas por un periodo de \_\_\_\_\_\_ se establece un seguimiento a los \_\_\_\_\_ días por parte de jefe, trabajador y área de SSST; En donde se contemplará el cumplimiento a las recomendaciones. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **TRABAJADOR(A)**    **Representante del COPASST** | **SST/S. O** | | | | | | | | | | | | | | | | **JEFE DIRECTO** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Líder de seguridad y salud en el trabajo ARL SURA | Dirección de Aseguramiento de la Calidad  Líder SIG | Consejo de Rectoría | Agosto del 2022 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

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