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 CalidadLíder 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 |