|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DILIGENCIAMIENTO** |  |
| **FUNCIONARIO** |  |
| **IDENTIFICACIÓN**  |  |
| **CONTIGENCIA** **FECHA DEL EVENTO** |  **E.L.** |  |  **A.T.** |  | **E.G.** |  |
|  |  |  |
| **AREA ACTUAL** |  | **CARGO ACTUAL** |  |
| **TIEMPO ANTIGÜEDAD** |  | **FECHA REINCORPORACIÓN** |  |
| **RECOMENDACIONES EMITIDAS POR** | **EPS** |  | **ARL** |  | **OTRO** |  |
| **FECHA INICIO:** | **FECHA FIN:** |
| **TIPO DE REINCORPORACIÓN** |
| Sin Modificación (regresa a su oficio habitual sin ningún cambio) |  |
| Con modificaciones temporales (regresa a su oficio habitual con reasignación de tareas – modificación de puestos de trabajo) |  |
| Con modificaciones definitivas (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 puesto de trabajo diferente al que fue contratado de manera indefinida)  |  |
| **CARGO ASIGNADO POR EL TIEMPO DE LAS RECOMENDACIONES** |  |
| **TAREAS ASIGNADAS DURANTE EL TIEMPO DE LAS RECOMENDACIONES.** | **TAREA** | **FRECUENCIA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **OBSERVACIONES DEL PUESTO DE TRABAJO**  |  |
| **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** | **Tiempo asignado para la realización de ejercicios de recuperación**  |  |

**Al iniciar el proceso de reincorporación el trabajador participará en:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **TIEMPO** | **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 |  |  |  |

La Cooperativa Nacional Educativa de ahorro y crédito COONFIE, facilitará la continuidad de los tratamientos médicos que actualmente se encuentra llevando; Para ello es importante que el trabajador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ informe oportunamente a (su jefe inmediato o quien defina la Cooperativa), 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.

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 SST; En donde se contemplará el cumplimiento a las recomendaciones medico laborales.

**FIRMAN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ROL** | **NOMBRE** | **FIRMA** |
| Trabajador |  |  |
| Jefe Inmediato |  |  |
| Analista de SST |  |  |

|  |
| --- |
| **INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO** | Registrar la entrega de las recomendaciones medicas y laborales a un funcionario se reintegre después de 60 días o mas de incapacidad. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ARCHIVO Y CONTROL** | El diligenciamiento del formato es realizado por el Analista del SST. El archivo debe ser en la hoja de vida del funcionario y el encargado es el Subgerente Administrativo.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **CAMPO** | **DESCRIPCIÓN** |
| **1** | **FECHA EN QUE SE REALIZA** | Fecha (día, mes, año) en que se realiza el reporte de este formato.  |
| **2** | **TRABAJADOR** | Nombre del funcionario. |
| **3** | **IDENTIFICACION** | Número de identificación del funcionario. |
| **4** | **ENFERMEDAD LABORAL** | Marcar con un X, en que caso de que la contingencia sea por Enfermedad Laboral. |
| **ACCIDENTE DE TRABAJO** | Marcar con un X, en que caso de que la contingencia sea por Accidente de trabajo, |
| **ENFERMEDAD GENERAL** | Marcar con un X, en que caso de que la contingencia sea por Enfermedad General. |
| **4** | **AREA HABITUAL** | Indicar el área al que pertenece. Ej. : TIC, SIAR, Cartera…  |
| **5** | **CARGO HABITUAL** | Indicar el cargo que tenía antes del evento.  |
| **6** | **TIEMPO EN EL CARGO HABITUAL** | Cuanto tiempo llevaba desempeñando las tareas habituales.  |
| **7** | **FECHA DE REINCORPORACION** | Fecha (día, mes, año) en que el funcionario se reincorporo a la cooperativa. |
| **8** | **CARGO ASIGNADO POR EL TIEMPO DE RECOMENDACIONES** | Nombre el cargo si hubo cambio. |

|  |
| --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS**  |
| La trazabilidad de los cambios generados en el documento podrá ser consultada en el Listado Maestro de Documentos. |
| **Versión**  | **Descripción Del Cambio**  | **Fecha de Aprobación** |
| 1 | Elaboración inicial del documento | 07 de diciembre de 2022 |
| Elaborado Por:  | Revisado Por:  | Aprobado Por:  |
|  |  |  |
| **JULIAN SANTIAGO CUENCA CASTELLANOS.** | **ANDRES FELIPE SOLANO CLAROS** | **NÉSTOR BONILLA RAMÍREZ**  |
| **Cargo:** Analista SST | **Cargo:** Director T. Digital y SIG.  | **Cargo:** Gerente General  |