|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA EN QUE SE REALIZA** |  |
| **TRABAJADOR** |  |
| **IDENTIFICACIÓN** |  |
| **AREA HABITUAL** |  |
| **CARGO HABITUAL** |  |
| **TIEMPO EN EL CARGO HABITUAL** |  |
| **FECHA DE REINCORPORACIÓN** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Reintegro (marcar con una x)** | | | | | | | | |
| Reintegro definitivo |  | Reintegro temporal |  | Tiempo (semanas) | | | |  |
| **Observaciones del Jefe Inmediato** | | | | | **Si** | **No** | **Aspectos a resaltar** | |
| ¿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 reintegro 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? | | | | |  |  |  | |
| **Observaciones del empleado** | | | | | **Si** | **No** | **Aspectos a resaltar** | |
| ¿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? | | | | |  |  |  | |
| ¿Los compañeros del área han implementado acciones que faciliten su adaptación al trabajo? | | | | |  |  |  | |
| ¿Usted cumple con las recomendaciones o restricciones medicas cuando esta por fuera de su puesto de trabajo y fuera de su jornada laboral? | | | | |  |  |  | |
| Que actividades de ocio y tiempo libre realizas? | | | | |  |  |  | |
| Que actividades del hogar realiza? | | | | |  |  |  | |
| ¿Usted cumple con los horarios y turnos laborales definidos por la Cooperativa? | | | | |  |  |  | |
| ¿Percibe que la actividad laboral asignada a permitido mejorar su condición de salud? | | | | |  |  |  | |
| ¿Su familia se siente bien con su regreso al trabajo y percibe que la Cooperativa lo acompaña? | | | | |  |  |  | |
| ¿Se siente motivado en la Cooperativa frente a las actividades asignadas? | | | | |  |  |  | |
| ¿Ha percibido cambios estado de ánimo luego de su retorno al trabajo? | | | | |  |  |  | |
| **Observaciones SST** | | | | | **Si** | **No** | **Aspectos a resaltar** | |
| ¿Los ajustes realizados al cargo 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?  Describa cuales. | | | | |  |  |  | |
| Conclusiones: Escriba los aspectos más relevantes del proceso, 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). | | | | | | | | |
| Próximo Seguimiento programado para: Si requiere un nuevo seguimiento favor registre fecha programada | | | | | | | | |
| Cierre del Caso: Consignar en este espacio cuando se haga cierre del caso describiendo claramente si la persona retorna a su oficio habitual sin restricciones o por el contrario será reubicado en forma definitiva en el cargo actual. Asimismo, debe quedar claramente registrado si la decisión es de carácter administrativo o está relacionada con la condición de salud del trabajador. Registre la fecha y deje evidencia de la notificación de la decisión a todas las partes involucradas en el proceso. | | | | | | | | |

**FIRMAN:**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO** | Promover la adaptación del funcionario en labores acordes a sus habilidades y que por patologías de origen común, laboral y/o accidente de trabajo, generen recomendaciones temporales o definitivas y que generen o no secuelas; permitiendo su productividad, potencializando su recuperación, para favorecer su estado funcional y emocional con el fin de contribuir a su bienestar y calidad de vida integral, siendo responsables socialmente y cumplidores de la legislación colombiana. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ARCHIVO Y CONTROL** | El registro de este formato será archivado en la hoja de vida del funcionario. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | **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** | **REINTEGRO DEFINITIVO** | Reintegro del funcionario en un tiempo ilimitado. |
| **REINTEGRO TEMPORAL** | Reintegro del funcionario en una cierta cantidad de tiempo. |
| **TIEMPO** | Mencionar el tiempo en semanas en caso de que sea reintegro temporal. |
| **10** | **OBSERVACIONES SST** | Este espacio es diligenciado por el Analista SST. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | |