|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIDOR** |  |
| IDENTIFICACIÓN  |  |
| CONTIGENCIA  | **ENFERMEDAD LABORAL (EL)** | **ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)** | **ENFERMEDAD GENERAL (EG)** |
|  |  |  |
| ÁREA HABITUAL (Indicar el área a la que pertenece) |  |
| CARGO HABITUAL (Cargo que tenía antes de la contingencia) |  |
| TIEMPO EN EL CARGO HABITUAL (Cuanto tiempo llevaba desempeñando las tareas habituales) |  |
| **FECHA DE REINCORPORACIÓN**  |  |
| RECOMENDACIONES (Enumerar las recomendaciones emitidas y tiempo de vigencia) |  |
| Dado el evento y las recomendaciones el trabajador está asignado a: (marcar según corresponda con X) |
| **TIPO 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) |  |
| AREA ASIGNADA (Donde fue asignado el trabajador por el tiempo de las recomendaciones) |  |
| CARGO ASIGNADO (Nombre el cargo si hubo cambio) |  |
| **TAREAS ASIGNADAS** | **TAREA** (tareas que fueron asignadas en el momento de la reincorporación) | **FRECUENCIA** (Cuantas veces las realiza: diario, semanal, mensual u ocasional) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | Jornada Laboral: (Especificando si hay turnos, rotaciones o realización de horas extras) |  |
| Tiempo asignado para la realización de ejercicios de recuperación (Pausas Activas o gimnasia laboral) |  |
|
| PERSONA QUE ELABORA EL INFORME |  |
| CARGO |  |
| JEFE INMEDIATO |  |

**Al iniciar el proceso de reintegro al servidor, participará en:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVIDAD | 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 |  |  |

De igual manera, la **SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES** 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 y al líder SG-SST), 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 con 8 días de antelación).

Dado que las recomendaciones fueron emitidas por un periodo de \_\_\_\_\_\_ se establece un seguimiento a los \_\_\_\_\_ días por parte de jefe, servidor y área de SSST, en donde se contemplará el cumplimiento a las recomendaciones medico laborales emitidas por parte de ARL SURA

**FIRMAN:**

| PARTICIPANTE | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| --- | --- | --- | --- |
| Servidor |   |   |  |
| Jefe inmediato |   |   |  |
| Líder SG-SST |   |   |  |