|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE SEGUIMIENTO** |  |
| **NOMBRE** |  |
| **CEDULA** |  |
| **CARGO** |  |
| **FECHA DE INICIO DE REINTEGRO** |  |
| **DESCRIPCION DE LAS TAREAS ASIGNADAS DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES** | **ASPECTO A TENER EN CUENTA** | **RESPUESTA** |
| Nombre del cargo: |  |
| Tareas del cargo: |   |
| Proporción de ejecución de cada una de las tareas durante el turno |  |
| Materiales e Insumos que requiere manipular: (describir tipo de material, tamaño y peso) |  |
| Ayudas mecánicas |  |
| Requiere cumplir con estándares de producción. Si la respuesta es sí, cuáles son?. |  |
| Postura que requiere para ejecutar las tareas |  |
| ¿Realiza pausas activas? Cuantas veces durante la jornada.  |  |
|  |  |  |  |  |
| **INFORME DEL JEFE INMEDIATO / ÁREA** |
| **SI** | **NO** | **N.A**  |  | **OBSERVACIONES** |
|   |   |   | 1.Usted tuvo conocimiento de las recomendaciones laborales del trabajador al momento de su reintegro |   |
|   |   |   | 2. Considera usted que la(s) tarea(s) que le fue asignada al trabajador cumple con las recomendaciones médicas |   |
|   |   |   | 3. Considera usted que el trabajador cumple con las tareas asignadas |   |
|   |   |   | 4. El trabajador le ha manifestado mejoría de los síntomas con el proceso de adaptación |   |
| **COMENTARIOS** |
| **NOMBRE JEFE DE ÁREA:** |
| **FIRMAJEFE DE ÁREA:** |
|  |  |  |  |  |
| **INFORME DEL TRABAJADOR**  |
| **SI** | **NO** | **N.A**  |  | **OBSERVACIONES** |
|   |   |   | 1.Describa si le fueron informadas las recomendaciones médicas a tener en cuenta en su desempeño laboral por parte de la empresa. |   |
|   |   |   | 2.Considera usted que las tareas que le fueron asignadas al momento de su reintegro son acordes a las recomendaciones dadas |   |
|   |   |   | 3.Siente usted que las tareas asignadas complementan y favorecen su proceso de rehabilitación |   |
|  |  |  | 4.Siente que puede desempeñar las tareas asignadas sin dificultades. |  |
|   |   |   | 5. Estas recomendaciones médicas también las aplica en actividades extra laborales y de la vida diaria |   |
| **COMENTARIOS** |
| **NOMBRE TRABAJADOR:**  |
| **FIRMA TRABAJADOR:** |
|  |  |  |  |  |
| **INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |
| **SI** | **NO** | **N.A**  |  | **OBSERVACIONES** |
|   |   |   | 1.El trabajador ha reportado molestias, síntomas o dificultades para desempeñar las tareas asignadas |   |
|   |   |   | 2.El trabajador ha manifestado conformidad con el proceso de reintegro laboral |   |
|   |   |   | 3.El trabajador ha presentado incapacidades medicas después del proceso de reintegro laboral |   |
| **COMENTARIOS** |
| **NOMBRE COORDINADOR DE SST:**  |
| **FIRMA COORDINADOR DE SST:** |

|  |
| --- |
| **RECOMENDACIONES:** |
| Esta plantilla se ha diseñado para orientar el proceso de seguimiento a la adaptación laboral de una persona que se reintegró con recomendaciones por ARL. Igualmente puede ser adaptada para casos de enfermedad general. Por tratarse de una plantilla sugerida es importante que sea revisada completamente y adaptarla de acuerdo a las condiciones de la empresa. Lea la pestaña INSTRUCTIVO de este documento. Muy importante procurar diligenciar la casilla de observaciones en cada caso, en especial cuando la respuesta es negativa. |

**INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR FORMATO DE SEGUIMIENTO LABORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ítem** | **DESCRIPCIÓN** |
|  | Posterior al reintegro laboral es importante realizar seguimiento al proceso de adaptación del trabajador, por lo que se sugiere realizar el primer seguimiento a los 10 días de haberse reintegrado y posteriormente a los 30 días. Si el tiempo de las recomendaciones es superior a 30 días se sugiere realizarlo nuevamente al finalizar este tiempo. |
|  | Es importante al realizar el seguimiento tener en cuenta los puntos de vista tanto del trabajador, el jefe inmediato o supervisor y el encargado de salud ocupacional. |
|  | Evite entregar este formato al trabajador y/o al supervisor para que sea diligenciado por ellos mismos, se sugiere por lo menos a estas partes realizar el seguimiento en forma de entrevista.  |
|  | Cuando las respuestas sean negativas, por favor aclare la respuesta en la casilla de observaciones. |
|  | Si considera que la pregunta no aplica para el caso a revisar señálelo en la casilla N.A (NO APLICA) y colocar en observaciones el por qué. |
|  | Si existe información que no se cuestiona dentro del formato, describa está en la casilla de comentarios adicionales.  |
|  | Comunique esta información a la ARL para dar conocimiento del proceso de adaptación al médico laboral y a la terapeuta ocupacional. |

|  |
| --- |
| **RECOMENDACIONES:** |
| Si durante el seguimiento se identifica que la persona tiene buena adaptación se espera que, al término de las recomendaciones, cuando están son temporales, puede retomar progresivamente su labor habitual. Se recomienda antes del término de las recomendaciones temporales, programar cita de control con médico de seguimiento integral a través de la **Línea de Atención** **018000 111170**El tiempo de duración de las recomendaciones cuando son temporales es dada de acuerdo al diagnóstico del trabajador, tiempo en que se espera recupere sus habilidades, destrezas y funcionalidad músculo-esquelética para retornar a su actividad habitual.  |