|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEGUIMIENTO DE CASOS DE ATEL Y/O ENFERMEDAD COMUN** | | | |
| Fecha de seguimiento |  | | |
| Nombre del trabajador |  | | N° identificación: |
| Origen | Accidente de Trabajo ( ) Enfermedad Laboral ( ) Común ( ) | | |
| EPS: | ARL: | | AFP: |
| Dependencia: | | | Cargo: |
| Recomendaciones médicas: | NO ( ) SI ( ) | | Reubicación ( ) |
| Reincorporación laboral con modificaciones ( ) | Reincorporación laboral sin modificaciones ( ) | | Reconversión ( ) |
| **SEGUIMIENTO** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **RECOMENDACIONES** | | | |
| **Para el trabajador:** | | | |
| **Para la empresa:** | | | |
| **Seguimiento realizado por:** | | **Trabajador:** | |
| **Nombre:** | | **Nombre:** | |
| **Cargo:** | | **Cargo:** | |
| **Firma:** | | **Firma:** | |