|  |
| --- |
| **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:** |