|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del funcionario:** |  |
| **Identificación:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Área**  |  |
| **Correo** |  |
| **Número de celular** |  |
| **Nombre del jefe inmediato**  |  |
| **Ciudad:** |  |
| **Origen del ingreso al programa** |  |

Médico que emite las recomendaciones y/o restricciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialista en seguridad y salud en el trabajo, Licencia SST No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EPS, ARL o IPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de emisión: **(DD/MM/AAAA)**

Fecha de recepción: **(DD/MM/AAAA)**

Apreciado funcionario:

De acuerdo con las recomendaciones y/o restricciones médicas ocupacionales recibidas que son las siguientes:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nos permitimos informarle que, una vez analizado su caso por condición especial de salud y teniendo en cuenta que no puede seguir desempañando su cargo en las mismas condiciones en que estaba, se decidió realizar una:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Reasignación de labores
 |  |
| 1. Reubicación laboral temporal
 |  |
| 1. Reubicación laboral definitiva
 |  |

Por lo tanto, a partir de la fecha, usted desempeñará sus funciones de la siguiente manera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cargo:** |  |
| **Horario:** |  |
| **Área:****Funciones:** |  |

Recomendaciones de Seguridad y Salud:

1. Participar en el programa de pausas activas de la empresa
2. Cumplir con las recomendaciones anteriormente descritas
3. Asistir a sus citas médicas periódicas

Le recordamos que usted tiene el deber de seguir las recomendaciones estrictamente y continuar con el tratamiento médico que permita el equilibrio de su patología de acuerdo con lo establecido en: la *Ley 9 de 1979 Artículo 85 literales a, b y e; Resolución 2013 de 1986 Artículo 15, Decreto 1295 de 1994 Artículo 22 y Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.10 numerales 1, 2, 3, 4,5 y 6.*

**FIRMAS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grupo De Talento Humano- Seguridad Y Salud En El Trabajo**

­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jefe Inmediato**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Funcionario**