Seguimiento a las recomendaciones medico laborales del funcionario que se relaciona a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del funcionario: |  |
| Identificación: |  |
| Cargo: |  |
| Actualmente se encuentra en el área de: |  |
| Por recomendaciones emitidas en la fecha |  |
|  Por EPS - ARL O IPS  |  |

**Encontrándose:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Se encuentra en el puesto de reubicación. | SI  | NO |
| Realiza las actividades indicadas en el acta de ingreso al programa | SI | NO |
| Cumple con su horario de trabajo. | SI | NO |
| Asiste a sus controles médicos.  | SI | NO |
| Ha presentado recaídas de su patología.  | SI | NO |
| Actualmente persiste sintomático.  | SI | NO |

**Observaciones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **SI** | **NO** |

**CIERRE DEL CASO:**

**Especifique causa del cierre**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguimiento realizado por:**

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

**Nombre**

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

**Funcionario**