|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVISIONES Y ACTUALIZACIONES** | | | | | | |
| **TIPO** | | **FECHA** | **VERSION** | **DESCRIPCIÓN** | **ELABORADO POR** | **APROBÓ** |
| **ACTUALIZACION** | **REVISION** |
| **x** |  | 15/03/2014 | **2** | Se cambia estructura de encabezado, se quita pie de pagina | John William López  **Gestor Sistemas de Información** | Martha Calderón  **Gestora del Riesgo** |
| **x** |  | 18/12/2015 | **3** | Se cambia estructura del encabezado | Daniel Correa Rojas  **Gestor Sistemas de Información** | Martha Calderón  **Gestora del Riesgo** |
|  | **x** | 29/02/2016 | **3** | Se actualiza el logo, respecto a condiciones de usos | Martha Calderón  **Gestora Del Riesgo** | Mario Chaves  **Gerente** |

Aunque se efectuó la redistribución de tareas al trabajador(a) (colocar nombre de la trabajadora y cédula) para dar cumplimiento a las recomendaciones enviadas por ARL SURA, consignadas en la primera acta (colocar fecha y hora), nuevamente se reúne el siguiente equipo conformado por la Gestora del Riesgo ------------------------, Supervisor -------------------------, y el Coordinador SISO ----------------------------------- para efectuar la reasignación de actividades del puesto de trabajo:

* Enumerar aquí las tareas asignadas en la primeara acta

Después de analizar las diferentes posibilidades teniendo en cuenta las anteriores recomendaciones, habilidades, capacidades y aptitudes del trabajador, y diligenciado el correspondiente seguimiento (anexar seguimiento), se encuentra que siguiendo las recomendaciones, la trabajador(a) No ha logrado cumplir con las tareas asignadas (colocar la razón). Por lo tanto se decide redistribuir nuevamente las tareas a la trabajador(a) . Sus funciones serán:

* Enumerar las funciones .

Recuerde: *(colocar los diferentes controles administrativos que defina la empresa como por ejemplo:*

* *Su horario laboral es:\_\_\_\_\_\_\_*
* *Informar fechas de las citas médicas con anterioridad al jefe inmediato, por lo menos 2 días antes de la misma.*
* *Si debe continuar en terapia física coordinar en lo posible en el horario:)*

Para constancia de lo anterior, se firma en ciudad el día ----- del mes de ------------- de 201\_\_.

GESTORA DEL RIESGO SUPERVISOR

COORDINADOR SISO TRABAJADOR(A) REINTEGRAD(A)