**ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO A ESMEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DATOS DEL TRABAJADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la visita |  | | | | | | Establecimiento | | | | |  | | | | | | | |
| Apellidos |  | | | | | | Nombres | | | | |  | | | | | | | |
| Identificación No. |  | | | | | | Edad | | | | |  | | | | | | | |
| Cargo |  | | | | | | Ocup. habitual | | | | |  | | | | | | | |
| Antigüedad en la empresa | | | AÑOS/MESES | | | | Antigüedad en la ocup. habitual | | | | | | | | | AÑOS/MESES | | | |
| Sistema afectado |  | | | | | | Diagnóstico | | | | |  | | | | | | | |
| Cuenta con D.M.L. | SI |  | | Tipo D.M.L. | | | Recomendación | | | | | |  | Temporal | | | | |  |
| NO |  | | Reubicación | | | | | |  | Definitiva | | | | |  |
| **2. ORIGEN DE LA ENFERMEDAD** | | | | | | | | EL |  | AT |  | | EC |  | AC | |  | EE |  |
| **3. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. DESCRIPCIÓN DE LA OCUPACIÓN HABITUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. CUESTIONARIO** | | | | | **SI** | **NO** | | **¿POR QUÉ?** | | | | | | | | | | | |
| ¿Se siente a gusto en el puesto de trabajo actual? | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece ocupado más del 80% de la jornada laboral? | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Considera que se está dando cumplimento a la DML? | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| **5.1. Enumere otros posibles puestos de trabajo donde usted considera que puede desempeñarse** | | | | | | | | **¿POR QUÉ?** | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **6. CONCLUSIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. RECOMENDACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR** | | | | | | | **9. NOMBRE DEL ENTREVISTADO** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA | | | | | | | FIRMA | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTRUCTIVO** | | |
| 1. | **DATOS DEL TRABAJADOR** | Se deberá plasmar la información del trabajador al que se le va a aplicar la entrevista o seguimiento. El cargo será el que figure ante la planta global del Instituto y la ocupación habitual será la que desarrolle en su centro de trabajo al momento de la entrevista. |
| 2 | **ORIGEN DE LA ENFERMEDAD** | Se deberá marcar con una “X” según sea el caso:  **EL:** enfermedad laboral  **AT:** accidente de Trabajo  **EC:** enfermedad común  **AC:** accidente Común  **EE:** enfermedad en estudio |
| 3 | **DESCRIPCIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD** | El funcionario debe describir con sus propias palabras, su estado actual de salud, incluyendo la información pertinente. |
| 4 | **DESCRIPCIÓN DE LA OCUPACIÓN HABITUAL** | Se debe describir de la manera más clara y entendible posible, la ocupación habitual del trabajador; en caso de que sea necesario o el funcionario entrevistado lo solicite, se deberán describir tareas puntuales que hace habitualmente. |
| 5 | **CUESTIONARIO** | Se debe marcar con una “X” una de las posibilidades (SI – NO) según la respuesta del funcionario entrevistado y justificar la respuesta en la casilla “POR QUÉ”. |
| 5.1. | No es obligatorio que se enumeren tres puestos de trabajo opcionales, toda vez que esto depende de la respuesta de la persona entrevistada; sin embargo se sugiere al menos plasmar un puesto de trabajo opcional. |
| 6 | **CONCLUSIONES** | Las presentes conclusiones podrán ser plasmadas teniendo en cuenta tanto el criterio del entrevistador como del entrevistado. |
| 7 | **RECOMENDACIONES** | Las recomendaciones deben ser emitidas exclusivamente por el entrevistador, pensando prioritariamente en la seguridad y salud del trabajador entrevistado. Estas recomendaciones podrán ser dirigidas para cumplimiento bien sea del trabajador, su jefe directo o del Instituto en sí mismo. |
| 8 | **NOMBRE DEL ENTREVISTADOR** | El funcionario entrevistador pondrá su nombre y firma. Éste deberá pertenecer al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) de su centro de trabajo, el funcionario responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) o un funcionario de la rama de la salud con alguna clase de vinculación formal con el Instituto. |
| 9 | **NOMBRE DEL ENTREVISTADO** | El funcionario entrevistado pondrá su nombre y firma. |