**INFORME DEL SUPERVISOR DEL FORMULARIO DE REINCORPORACIÓN AL TRABAJO**

INSTRUCCIONES: El supervisor deberá rellenar este formulario y luego enviarlo al Coordinador de Compensación al Trabajador. Adjunte el plan de retorno del empleado al trabajo y envíelo además de este formulario.

|  |
| --- |
| PARA: COORDINADOR DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES |
| DE: NOMBRE DEL SUPERVISOR | DEPARTAMENTO/ÁREA |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NOMBRE DEL EMPLEADO | FECHA DE DEVOLUCIÓN |
| El siguiente empleado ha regresado al trabajo: |  |  |

|  |
| --- |
| EL EMPLEADO: marque todo lo que aplica |
|  | Cumple con sus funciones en su totalidad sin restricciones.  |
|  | Cumple con sus funciones en su totalidad sin restricciones.  |
|  | Ha regresado en un esfuerzo de trabajo transitorio; y/o se ha asignado un deber alternativo con restricciones.  |
|  | Trabaja en su cronograma completo. |
|  | Trabaja en una jornada parcial:  | N.º DE HORAS POR DÍA | HORA DE INICIO | HORA DE FINALIZACIÓN |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| COMENTARIOS: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOMBRE | FIRMA | FECHA |
| TRABAJADOR ACCIDENTADO |  |  |  |
| SUPERVISOR |  |  |  |

\*\*\* DEVOLVER FORMULARIO COMPLETADO AL COORDINADOR DE COMPENSACIÓN LABORAL LO ANTES POSIBLE \*\*\*

|  |
| --- |
| **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |