

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.		
	N.º DE HORAS POR DÍA	HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN
Trabaja en una jornada parcial:			

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.