

En Madrid a 07 de febrero de 2022

REUNIDOS

Por la Parte empresarial,

MARIO MORENO ROMÁN, Director de Personas y Desarrollo del Talento, de Ilunion CEE Contact Center, S.A.

HELENA MIÑARRO MARÓN, Jefa de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo, de Ilunion CEE Contact Center, S.A.

IVÁN FERNÁNDEZ CHICO, Jefe de Relaciones Laborales, de Ilunion CEE Contact Center, S.A.

Por la Parte social,

JUAN PEDRO MIRELIS DE LA FUENTE, Presidente del Comité de Empresa de Ilunion CEE Contact Center, S.A.

ANTONIO RODRÍGUEZ MANZANO, Secretario del Comité de Empresa de Ilunion CEE Contact Center, S.A.

MANIFIESTAN

Que tras la oportuna negociación con las diferentes secciones sindicales implantadas en Ilunion CEE Contact Center, S.A. en el centro de trabajo sito en Madrid, ambas partes convienen en RATIFICAR Y A ACORDAR el siguiente



Juan P. Mirelis
CC 00

Antonio Rodríguez Manzano
CGT

PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

OBJETO DEL PROTOCOLO

El objeto del presente documento es establecer el procedimiento que regule la adaptación del puesto de trabajo para aquellos trabajadores que, *"por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo"* (art. 25 LPRL)

Este procedimiento será de aplicación a todos los trabajadores de Ilunion CEE Contact Center de Madrid.

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL PUESTO

PRIMERO.- Para agilizar y facilitar las solicitudes de adaptación del puesto, así como para mantener la privacidad de los datos aportados, tanto las solicitudes iniciales como las solicitudes específicas solicitadas por el trabajador/a, se realizarán mediante la cumplimentación de un formulario online para captación de necesidades, que será accesible para todo tipo de discapacidades, remitiendo por email al trabajador el enlace de acceso al formulario. De igual modo se garantizará que todos los trabajadores puedan consultar los riesgos de su puesto de trabajo mediante el enlace que lleve al formulario.

Este formulario se pondrá a disposición de todos los trabajadores a través de Sap Jam. En el propio formulario se encuentra el enlace para poder acceder al Recordatorio de Riesgos y medidas preventivas asociadas al puesto de trabajo.

Para velar por la confidencialidad de los/las trabajadores/as no se facilitarán informes médicos a la empresa ni a los/las delegados/as de prevención, siendo facilitados al SPA sólo en caso de requerimiento del mismo.

Para resolver las posibles consultas y dudas del trabajador/a, en el mismo email se especificarán las formas de contacto del responsable de riesgos laborales de la empresa y de los/as delegados/as de prevención.

- Área de Seguridad y Salud en el Trabajo:
 - o seguridadysalud@contactcenterbpo.ilunion.com
- Delegados de Prevención Contact Center:
 - o delegadosprevencion@contactcenterbpo.ilunion.com
- Delegados Prevención CEE Contact Center:
 - o delegadosprevencioncee@contactcenterbpo.ilunion.com

SEGUNDO.- Se adjunta al presente acuerdo copia del formulario a cumplimentar por el trabajador, tanto para la realización de una valoración inicial o para la revisión de la misma.

En ningún caso, se solicitará del trabajador la comunicación de las patologías que padezca, limitándose el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo a trasladar, en el plazo máximo de una semana desde la cumplimentación del formulario, la solicitud al SPA, quien, en su caso, podrá recabar los informes médicos precisos.

TERCERO.- Una vez resuelta la evaluación del puesto por el SPA se facilitará informe con la conclusión tanto a la empresa como al trabajador/a.

Este informe no indicará las patologías del trabajador, únicamente informará de las adaptaciones del puesto que se deben de realizar.

CUARTO.- El plazo para poner en marcha las adaptaciones será de:

- o 7 días naturales máximo desde la recepción del informe del SPA o del médico de empresa para aquellas adaptaciones de las que se disponga de material en stock.
- o 14 días naturales máximo para aquellas que precisen de compra de material.
- o En caso que, la adaptación sea organizativa, el plazo para poner en marcha dicha adaptación será de máximo 14 días naturales.

El trabajador firmará un documento, en el que se indique la fecha de entrega de la adaptación o comunicación de la misma, si no precisara de entrega de material.

En caso que, la entrega de alguna adaptación se dilatase por cualquier motivo, la empresa lo pondrá en conocimiento del Comité de Seguridad y Salud con independencia de la información trimestral que la empresa vendrá obligada a presentar.

QUINTO. - La empresa facilitará de manera trimestral, en las reuniones del Comité de Seguridad y Salud, el listado de personal que haya sido considerado especialmente sensible por el Servicio de Vigilancia de la Salud especificando las medidas de adaptación que sean de aplicación, en su caso, como consecuencia de dicha consideración.

SÉXTO.- De conformidad a lo indicado, la empresa suprimirá de la redacción de sus contratos la cláusula 10 para personas con discapacidad de ambas empresas (actualmente cláusula 9).

SÉPTIMO- Este acuerdo tendrá una vigencia de un año tras lo que será prorrogado de manera tácita anualmente, salvo que alguna de las partes firmantes, con un preaviso de 2 meses, denuncie el acuerdo.

ANEXO I

Enlace a formulario online para captación de necesidades:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=LLK1uivYLkWcrQT5cI9Lvd9MzuJJIBFptkV48YFkRRRUMDEwS1FLSVI4QVgwn0FPQ1FCUDFKMDY4VC4u>

Descripción del formulario online:

ADAPTACION PUESTOS DE TRABAJO

Con el presente formulario queremos que puedas solicitar la posible necesidad de una adaptación de tu puesto de trabajo; la misma podrá ser tanto organizativa (por ejemplo: horas sentadas, duración de las pausas,...) como de cualquier equipamiento necesario que se deba ajustar convenientemente (por ejemplo: ratón vertical, auriculares específicos).

Si no recuerdas los riesgos más comunes de tu puesto de trabajo y las medidas preventivas a aplicar, las puedes consultar en el siguiente enlace, en el apartado de Seguridad y Salud:

https://jam2.sapjam.com/groups/VfcUCdaSYTjIVUK6JSIhTm/overview_page/g8ta cM4AIR1YkfLRq32gQY

Independientemente del tipo de demanda de la que se trate, serás valorad@ por el servicio médico para que puedas aportar convenientemente todos los informes médicos que justifiquen tu solicitud y proceder a su tramitación siempre y cuando así lo indique el servicio médico.

En el caso de que te surja cualquier tipo de consulta y/o duda al respecto puedes ponerte en contacto bien con:

- Área de Seguridad y Salud en el Trabajo:
 - seguridadysalud@contactcenterbpo.ilunion.com
- Delegados de Prevención:
 - Delegados Prevención Contact Center:
delegadosprevencion@contactcenterbpo.ilunion.com
 - Delegados Prevención CEE Contact Center:
delegadosprevencioncee@contactcenterbpo.ilunion.com

* Obligatorio

1. NOMBRE *

Escriba su respuesta

2. APELLIDOS *

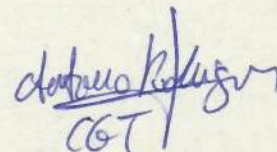
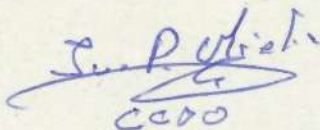
Escriba su respuesta

3. DNI (todos los dígitos más letra)

Escriba su respuesta

4. CAMPAÑA *

Escriba su respuesta



5. PUESTO DE TRABAJO *

Escriba su respuesta

6. TURNO DE TRABAJO *

Escriba su respuesta

7. ¿EN QUÉ SEDE DESARROLLAS TUS TAREAS? *

- Barcelona
- Cáceres y Badajoz
- Emergencias (indica en Otras el Centro de Trabajo)

- Madrid
- Sevilla
- La Rioja
- Oviedo
- Santander

Otras

8. SE TRATA DE UNA NUEVA VALORACIÓN O RE-EVALUACION DE UNA EXISTENTE*

- Nueva (Nota: Se despliega hasta la pregunta 13)
- Re-Evaluación (Nota: Se da por finalizado el formulario pulsando ENVIAR)

9. ¿QUE TIPO DE ADAPTACIÓN CONSIDERAS QUE NECESITAS? *

- ORGANIZATIVA (pe: pausas de voz o duración descansos)
- ESTRUCTURAL (pe: ratón o auriculares específicos)

10. DESCRIBE LA ADAPTACIÓN QUE CONSIDERES

Escriba su respuesta

11. TIENES MOVILIDAD REDUCIDA *

- Si
- No

[Handwritten signatures and marks]
S. P. U. tal
CCOO
Autora de la ley
CGT

12. NECESITAS AYUDA PARA ACCEDER A LAS INSTALACIONES *

- Si
 No

13. EN CASO DE EMERGENCIA NECESITAS COLABORACION DE UN TERCERO PARA PODER EVACUAR *

- Si
 No

(Nota: Llegado a este punto en las evaluaciones nuevas, se da por finalizado el formulario pulsando ENVIAR).

No revele nunca su contraseña. Notificar abuso

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Con tecnología de Microsoft Forms.

El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial.
Términos de uso.

Firma empresa



Firma Comité de Empresa

