|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***I. DATOS GENERALES*** | | | | | | | |
| *Fecha:* | | | | | | | |
| *Nombre:* | | | | | *C.C:* | | |
| *Área en la que trabaja:* | | | | | | | |
| *Sucursal en la que trabaja:* | | | | | | | |
| *Cargo:* | | | | | *Teléfono:* | | |
| ***II. DIAGNÓSTICO*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ***III. ORIGEN*** | *Laboral* | | *Común* | | | *Sin calificar* | |
|  | | | | | | | |
| ***IV. RECOMENDACIONES*** | | | | | | | |
| *Tipo de recomendación* | | *Temporal* | | *Definitiva* | | | *Tiempo Incapacidad* |
| *Entidad que expide la recomendación* | | | | | | | |
| *Fecha de expedición de la recomendación* | | | | | | | |
| *Fecha en la que se recibe la recomendación por parte del trabajador(a)* | | | | | | | |
| ***Observaciones:*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *¿El Trabajador cumple con las recomendaciones?*  SI NO | | | | | | | |
| ***Observaciones:*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre del Colaborador (a) | Firma |
|  |  |  |
| Nombre de quien Realiza el seguimiento | Firma y Cargo |