|  |
| --- |
| ***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 |