|  |  |
| --- | --- |
| ***I. DATOS GENERALES*** |  |
| *FECHA*  |
| *NOMBRE* | *C.C.* |
| *DEPENDENCIA 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 recibe la recomendación el/la servidor/a público/a* |
| *¿La entidad cumple con las recomendaciones?*  |
|  *SI* |  | *NO* |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| ***Observaciones:*** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| *¿El trabajador cumple con las recomendaciones?* |
|  *SI* |  |  *NO* |  |  |
| ***Observaciones:*** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | FIRMA  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL SEGUIMIENTO | FIRMA Y CARGO |