

	<b>POSITIVA S.A</b> Compañía de Seguros / ARL -Gestión Documental-								Logo Proveedor																																		
Código	VALORACIÓN								Página 1 de ____																																		
Fecha	PRUEBA DE TRABAJO																																										
Aprobado por: <b>Gerencia Médica</b>	Proceso: <b>Rehabilitación Integral</b>								Revisado por: <b>Coordinación Técnica</b>																																		
Versión: 01																																											
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">FECHA DE VALORACIÓN:</td> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>										FECHA DE VALORACIÓN:				día	mes	año									0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0	0	0	0	
FECHA DE VALORACIÓN:				día	mes	año																																					
				0	0	0	0	0	0	0																																	
				0	0	0	0	0	0	0																																	
<b>ÚLTIMO DIA DE INCAPACIDAD RECONOCIDO POR LA ARL:</b>																																											
<b>1 IDENTIFICACION</b>																																											
(Datos trabajador, evento ATEL, Empresa)																																											
Nombre del trabajador																																											
Número de documento																																											
Identificación del siniestro																																											
Fecha de nacimiento/edad	día	mes	año			edad																																					
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																	
Dominancia	Derecha			Izquierda			Ambidiestra																																				
Estado civil																																											
Nivel educativo	Formación empírica				Básica primaria			Bachillerato: vocacional 9°																																			
	Bachillerato: modalidad				Técnico/ Tecnológico			Profesional																																			
	Especialización/ postgrado/ maestría				Formación informal oficios			Analfabeto																																			
	Otros																																										
Teléfonos trabajador																																											
Dirección residencia/ciudad																																											
Diagnóstico(s) clínico(s) por evento ATEL																																											
Fecha(s) del evento(s) ATEL																																											
EPS - IPS																																											
AFP																																											
Tiempo total de incapacidad	dias																																										
Empresa donde labora																																											
NIT de la Empresa																																											
Cargo actual																																											
Cargo único de las mismas características	si	no																																									
Área/sección/proceso																																											
Fecha ingreso cargo/antigüedad en el cargo	día	mes	año			tiempo																																					
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	años																																
Fecha ingreso a la empresa/antigüedad en la empresa	día	mes	año			tiempo																																					
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	años																																
Forma de vinculación laboral																																											
Modalidad	Presencial				teletrabajo			trabajo en casa																																			
tiempo de la Modalidad																																											
Contacto en empresa/cargo																																											
Correo(s) electrónico(s)																																											
Teléfonos de contacto empresa																																											
Dirección de empresa/ciudad																																											
<b>2 METODOLOGIA</b>																																											
<b>3 CONDICIONES DE TRABAJO</b>																																											
3.1 DESCRIPCION DEL PROCESO PRODUCTIVO																																											

<b>3.2 APRECIACIÓN DEL TRABAJADOR FRENT A SU PROCESO PRODUCTIVO</b>							
<b>3.3 ESTANDARES DE PRODUCTIVIDAD ESTABLECIDO POR LA EMPRESA</b>							
<b>3.4 REQUERIMIENTOS DEL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL</b>							
Jornada				Ritmo			
Descansos programados				Turnos			
Tiempos efectivos en la jornada laboral				Rotaciones			
Horas extras				Distribución semanal			
<b>4 REQUERIMIENTOS DEL PROCESO PRODUCTIVO POR TAREA</b>							
Actividad				Ciclo			
Subactividad				Estándar de Productividad			
Registro fotográfico	Descripción subactividad y requerimientos motrices por tarea (Biomecanica)						
							
<b>Apreciación del trabajador</b>							
<b>Apreciación del profesional de la salud que evalúa</b>							
<b>Conclusión con respecto a la actividad</b>							
Reintegro modificaciones	sin		Reintegro modificaciones	con	Desarrollo de capacidades		No puede desempeñarla

<b>Descripción de la conclusión con respecto a la actividad</b>
---

<b>5 Identificación de materiales, equipos y herramientas en el proceso productivo</b>			
Nombre	Descripción	Requerimientos para su operación	observaciones

<b>6 Identificación de peligros dentro del proceso productivo</b>			
Nombre	Descripción	Tipos de control existente	Recomendaciones para su control
Físicos			
Biológicos			
Biomecánicos			
Psicosociales			
Químicos			
Cond. Seguridad			

6.1 Verificación de las acciones correctivas puntuales frente al riesgo que propicio el evento.

<b>7 CONCEPTO PARA PRUEBA DE TRABAJO / CAPACIDAD DE DESEMPEÑO EN LA ACTIVIDAD</b>			
Competencia, seguridad, confort, relaciones sociales en la empresa, otros aspectos			

<b>8 RECOMENDACIONES</b>			
PARA EL TRABAJADOR			
PARA LA EMPRESA			

<b>9 REGISTRO</b>			
Elaboró	Revisión por Proveedor	Equipo de Rehabilitación Integral	Nombre Proveedor
Insertar Firma	Insertar Firma		
Nombre y Apellido	Nombre y Apellido		
Profesionales que realizan la valoración	Profesional que revisa la valoración		Gerencia Médica