

	POSITIVA S.A Compañía de Seguros / ARL -Gestión Documental-				Logo Proveedor							
Código	VALORACIÓN ANALISIS DE EXIGENCIAS/HOMOLOGACIÓN				Página 1 de ____							
Fecha					2022/07							
Aprobado por: Gerencia Médica	Proceso: Rehabilitación Integral				Revisado por: Coordinación Técnica							
Versión: 01												
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FECHA DE VALORACIÓN: 0 0 0 0 0 0 0 0</td> </tr> </table>							día	mes	año	FECHA DE VALORACIÓN: 0 0 0 0 0 0 0 0		
día	mes	año										
FECHA DE VALORACIÓN: 0 0 0 0 0 0 0 0												
1 IDENTIFICACION (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 años								
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	días											
Empresa donde labora												
NIT de la Empresa												
Cargo actual												
Cargo único de las mismas características	Sí	no										
Área/sección/proceso												
Fecha ingreso cargo/antigüedad en el cargo	día	mes	año	tiempo								
	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 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												

2 METODOLOGIA				
3 CONDICIONES DE TRABAJO				
3.1 DESCRIPCION DEL PROCESO PRODUCTIVO				
3.2 REQUERIMIENTOS DEL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL				
Jornada		Ritmo		
Descansos programados		Turnos		
Tiempos efectivos en la jornada laboral		Rotaciones		
Horas extras		Distribución semanal		
4 REQUERIMIENTOS DEL PROCESO PRODUCTIVO (Identificando tareas críticas)				
Actividad		Ciclo		
Subactividad		Estándar de Productividad		
Registro fotográfico	Descripción subactividad	Requerimientos motrices - análisis biomecánico		
				
Apreciación del profesional de la salud que evalúa y plan de reincorporación laboral:				
Conclusión con respecto a la actividad				
reintegro sin modificaciones	reintegro con modificaciones	Desarrollo de capacidades	No puede desempeñarla	
5 Identificación de materiales, equipos y herramientas en el proceso productivo				
Nombre	Descripción	Estado	Requerimientos para su operación	
6 Identificación de peligros dentro del proceso productivo				
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 propició el evento.				

7 CONCEPTO CAPACIDAD DE DESEMPEÑO EN LA ACTIVIDAD					
8 RELACIONES INTERPERSONALES					
9 RECOMENDACIONES					
PARA EL TRABAJADOR					
PARA LA EMPRESA					
PERFIL DE EXIGENCIAS					
SENSOPERCEPCIÓN					
FACTORES A EVALUAR	CALIFICACION			OBSERVACIONES – A MODO DE ORIENTACIÓN SE PRESENTAN LAS DEFINICIONES DE CADA ITEM	
VISION	0	1	2	3	4
Percepción del Color					Observaciones
Percepción de Formas					
Percepción de Tamaño					
Relaciones Espaciales					
AUDICIÓN	0	1	2	3	Observaciones
Ubicación de Fuentes Sonoras					
Discriminación Auditiva					
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PR	0	1	2	3	Observaciones
Estereognosia					
Barognosia					
Tacto Superficial					
Percepción de Temperatura					
Propiocepción					
OLFATO GUSTO	0	1	2	3	Observaciones
Percepción de olores o sabores					
Discriminación de olores o sabores					
MOTRICIDAD GRUESA					
FACTORES A EVALUAR	0	1	2	3	Observaciones
Postura Bípeda					
Postura Sedente					
Posición de rodillas					
Posición de Cucillas					
Caminar					
Subir (escaleras, rampas)					
Bajar (escaleras, rampas)					
Levantar pesos					
Transportar pesos					
Agacharse					
Inclinarse					
Alcanzar					
Halar					
Empujar					
Rapidez Motriz					
Equilibrio					
MOTRICIDAD FINA					
FACTORES A EVALUAR	0	1	2	3	Observaciones
Enganche					
Agarre					
Pinza					
Pinza Fina					

ARMONIA					
FACTORES A EVALUAR	0	1	2	3	Observaciones
Uso de Ambas Manos					
Coordinación Ojo - Mano					
Coordinación Bimanual					
Coordinación Mano - Pie					

COGNITIVOS					
FACTORES A EVALUAR	0	1	2	3	Observaciones
Atención					
Concentración					
Creatividad					
Flexibilidad					
Responsabilidad					
Rapidez de Reacción					
Percepción Herramientas de					
Percepción Estética					

PSICOSOCIALES					
FACTORES A EVALUAR	0	1	2	3	Observaciones
Adaptación al Grupo de Trabajo					
Adaptación al Ambiente					
Relación con la Autoridad					
Relación con Compañeros					
Liderazgo					
Enfoque Constructivo					
Cooperación					
Confiabilidad					
Estabilidad Emocional					
Confianza en sí mismo					

LABORALES					
FACTORES A EVALUAR	0	1	2	3	Observaciones
Rendimiento					
Asistencia					
Puntualidad					
Compromiso					
Autocontrol					
Eficiencia					
Organización y Métodos de Trabajo					
Calidad de Trabajo					
Cuidado con los elementos					
Higiene					
Pulcritud					

10 REGISTRO					
Elaboró		Revisión por Proveedor		Equipo de Rehabilitación Integral	
Insertar Firma		Insertar Firma		Nombre Proveedor	
Nombre y Apellido		Nombre y Apellido			
Profesionales que realizan la valoración		Profesional que revisa la valoración		Gerencia Médica	