

		POSITIVA S.A Compañía de Seguros / ARL -Gestión Documental-		Logo Proveedor													
Código		VALORACIÓN PRUBA DE TRABAJO		Página 1 de ____													
Fecha	2022/07	Proceso: Rehabilitación Integral		Revisado por: Coordinación Técnica													
Aprobado por: Gerencia Médica		Versión: 01															
<div> <div>FECHA DE VALORACIÓN:</div> <table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td colspan="2">año</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> </div>						día	mes	año		0	0	0	0				
día	mes	año															
0	0	0	0														
ÚLTIMO DIA DE INCAPACIDAD RECONOCIDO POR LA ARL: <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>						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		<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td colspan="2">año</td> <td colspan="2">edad</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 años</td> </tr> </table>				día	mes	año		edad		0	0	0	0	0	0 años
día	mes	año		edad													
0	0	0	0	0	0 años												
Dominancia		Derecha		Izquierda													
Estado civil				Ambidiestra													
Nivel educativo		Formación empírica		Básica primaria													
		Bachillerato: modalidad		Técnico/ Tecnológico													
		Especialización/ postgrado/ maestría		Formación informal oficios													
		Otros		Analfabeta													
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 unico de las mismas características		si no															
Area/sección/proceso																	
Fecha ingreso cargo/antigüedad en el cargo		<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td colspan="2">año</td> <td colspan="2">tiempo</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 años</td> </tr> </table>				día	mes	año		tiempo		0	0	0	0	0	0 años
día	mes	año		tiempo													
0	0	0	0	0	0 años												
Fecha ingreso a la empresa/antigüedad en la empresa		<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td colspan="2">año</td> <td colspan="2">tiempo</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 años</td> </tr> </table>				día	mes	año		tiempo		0	0	0	0	0	0 años
día	mes	año		tiempo													
0	0	0	0	0	0 años												
Forma de vinculación laboral																	
Modalidad		Presencial		teletrabajo													
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 APRECIACIÓN DEL TRABAJADOR FRENTE A SU PROCESO PRODUCTIVO**3.3 ESTANDARES DE PRODUCTIVIDAD ESTABLECIDO POR LA EMPRESA****3.4 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 POR TAREA

Actividad		Ciclo	
Subactividad		Estándar de Productividad	
Registro fotográfico	Descripción subactividad y requerimientos motrices por tarea (Biomecánica)		



Apreciación del trabajador

Apreciación del profesional de la salud que evalúa

Conclusión con respecto a la actividad

Reintegro modificaciones	sin	Reintegro modificaciones	con	Desarrollo de capacidades	No puede desempeñarla
--------------------------	-----	--------------------------	-----	---------------------------	-----------------------

Descripción de la conclusión con respecto a la actividad

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

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 propicio el evento.

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

8 RECOMENDACIONES
PARA EL TRABAJADOR
PARA LA EMPRESA

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