|  |
| --- |
| **DATOS DEL FUNCIONARIO**  |
| **Nombre** |  | **Dependencia** |  |
| **COMPONENTES** |
| **Salud** |  | **Psicosocial** |   | **Seguridad** |  | **Otro** |  |
| **SEGUIMIENTO** |
| **Fecha** | **Observación** | **Compromisos** | **Firmas de los responsables** |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |