**Fecha:**

**Nombre del colaborador:**

**Cédula:**

**Proceso:**

**Jefe inmediato:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | CONCEPTO | SI | NO | OBSERVACIONES |
| 1 | ¿El colaborador presenta descuido en su presentación personal? |  |  |  |
| 2 | ¿El colaborador tiene un comportamiento diferente al normal? |  |  |  |
| 3 | ¿El colaborador realiza movimientos descoordinados? |  |  |  |
| 4 | ¿El colaborador realiza movimientos lentos? |  |  |  |
| 5 | ¿El colaborador realiza movimientos torpes? |  |  |  |
| 6 | ¿El colaborador presenta dificultad para mantener el equilibrio? |  |  |  |
| 7 | ¿El colaborador tiene los ojos enrojecidos? |  |  |  |
| 8 | ¿El colaborador presenta dificultad para articular palabras? |  |  |  |
| 9 | ¿El colaborador presenta alteración en el tono de la voz? |  |  |  |
| 10 | ¿El colaborador tiene aliento alcohólico? |  |  |  |
| 11 | ¿El colaborador da respuestas inadecuadas? |  |  |  |

**Testigos (Cuando se requiera)**

**Observaciones:**