Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Examen Médico Ocupacional:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ingreso |  | Periódico |  | Reintegro |  | Retiro |  |

Se hace necesaria su participación con el fin de dar cumplimiento a la Resolución No. 2346 de 2007, “por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales”. De tal forma, les extiende una cordial invitación de conformidad con lo expresado en el literal b) del Art. 91 del Decreto 1295/94 en concordancia con el Art. 2.2.4.6.10 del Decreto 1072/2015, que le da el carácter de obligatoriedad

El área de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad de los Llanos, se permite informar y dar aviso al trabajador, con el fin de que le sea practicado el examen de médico ocupacional, al señor (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con cédula de ciudadanía c.c N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cargo de XXXXXXXXXXXXXXXX con funciones principales:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Administrativa |  | Docente |  | Conducción de vehículos |  | Mantenimiento |  |
| Otro ¿Cuál?: |  |

**Asignación de cita médica:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha (día, mes, año) |  | Hora (a.m /p.m): |  |
| Médico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo: |  |
| Dirección consultorio: |  |
| Teléfono: |  |

Atentamente,

**XXXXXXXXXXXXX**

Contratista de apoyo a la gestión del SG-SST