AUTORIZACION PARA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO

Ciudad: Bogotá, D.C. Fecha: 26 de Mayo de 2022

DOCTOR(A)

**HERNAN ALEAN MORENO**

CC **79355888**

De manera formal, le notifico que tiene 5 días hábiles a partir de la fecha de su retiro para realizarse el examen médico de egreso:

**Lugar:** IPS XXXXXX

**Direccion:** XXX

**Teléfono** XXXXX

Cordialmente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XXXX

Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

Seccional XXXXX