

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SGSST-FO-08
	FORMATO CITACIÓN EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025

En cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y conforme a la **Resolución 1843 de 2025**, le informamos que debe asistir al siguiente **examen médico ocupacional**:

**Tipo de examen:**

☐ Ingreso ☐ Periódico ☐ Reubicación ☐ Retorno post - incapacidad ☐ Egreso

**Fecha y hora:** \_\_\_\_\_

**Lugar (IPS autorizada):** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Observaciones (si aplica):** \_\_\_\_\_

Este examen tiene como finalidad valorar su estado de salud en relación con los riesgos del cargo o etapa laboral, y será realizado por personal médico autorizado, bajo estricta confidencialidad.

**Importante:**

- Debe presentarse con su documento de identidad.
- En lo posible, asistir en ayunas si así lo indica la IPS.
- La asistencia a este examen es **obligatoria** salvo para el caso del examen de egreso, que es voluntario.

Agradecemos su colaboración y compromiso con la prevención y la salud laboral.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Jefe talento Humano