

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	CODIGO:	SGSST-FO-10
	<b>FORMATO EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD EN EXAMENES DE EGRESO</b>	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025

**Cajicá Cundinamarca, Fecha:**

**Señor/señora**

\_\_\_\_\_

**Cajicá**

En cumplimiento de la Resolución 1843 de 2025, Artículo 11, que establece la obligatoriedad de realizar evaluaciones médicas ocupacionales al momento de finalizar la relación laboral, le informamos que se ha programado su examen médico de egreso en la IPS \_\_\_\_\_ , ubicada en \_\_\_\_\_.

Este examen tiene como objetivo valorar y registrar las condiciones de salud en las que se retira de sus funciones, conforme a lo dispuesto en la legislación vigente.

Es importante señalar que, aunque la realización de este examen es una obligación del empleador, la decisión de asistir al mismo es de carácter voluntario para el trabajador. En caso de optar por no realizarse el examen, le solicitamos firmar el formato de renuncia adjunto, exonerando a [Nombre de la empresa] de cualquier responsabilidad relacionada con posibles enfermedades laborales o condiciones de salud derivadas del desempeño de sus funciones.

Agradecemos los servicios prestados y le deseamos éxito en sus futuros proyectos.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_

Responsable SG-SST