Medellín, 30 de Octubre de 2024

Señor (a)

Hernando de Jesús Jaramillo

C.c 15325822

Ciudad

Ref. AUTORIZACIÓN EXAMEN DE RETIRO.

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a un examen médico ocupacional de retiro que se practicara en la IPS CENTRAL MEDICAL GROUP Ubicada en Calle 33 No. 74b-130 Laureles, Medellín, con número telefónico 3122956986 Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen.

Cordialmente:

Eliana María Ruedas A.

Eliana María Ruedas Arenas

Supervisor SST y Ambiental

Consorcio Obras DT

Recibido de carta:

Hernando de Jesus J.

Hernando de Jesús Jaramillo

C.c 15325822

Medellín, 30 de Octubre de 2024

Medellín

Yo, **Hernando de Jesus Jaramillo**, como colaborador de Group Integral Pro sas acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término de cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnostico; exonero a la empresa Group Integral Pro sas con NIT 901407518de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud.

Colaborador

Hernando de Jesus J.

Hernando de Jesus Jaramillo

NOMBRE Y APELLIDO

CEDULA:

Medellín, 30 de Octubre de 2024

Medellín

Yo, **Susana Sánchez Zapata**, como colaborador de Group Integral Pro sas acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término de cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnostico; exonero a la empresa Group Integral Pro sas con NIT 901407518de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud.

Colaborador

Susana S.

Susana Sánchez Zapata

NOMBRE Y APELLIDO

CEDULA:

Medellín, 30 de Octubre de 2024

Señor (a)

Susana Sanchez Zapata

1022005206

Ciudad

Ref. AUTORIZACIÓN EXAMEN DE RETIRO.

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a un examen médico ocupacional de retiro que se practicara en la IPS CENTRAL MEDICAL GROUP Ubicada en Calle 33 No. 74b-130 Laureles, Medellín, con número telefónico 3122956986 Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen.

Cordialmente:

Eliana María Ruedas Arenas

Supervisor SST y Ambiental

Consorcio Obras DT

Recibido de carta:

Susana Sánchez Zapata

1022005206