

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO – EXAMEN DE EGRESO	CÓDIGO	FT-SST-022
		VERSIÓN	1
		FECHA	OCT-2025

Bogotá D.C XXXXXXXXXX.

Señor (a):

XXXXXXXXXX

C.C. XXXXXXXX

Ciudad

Ref. AUTORIZACIÓN EXAMEN DE RETIRO.

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a un examen médico ocupacional de retiro que se practicará en la IPS _____ Ubicada en _____.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen.

Cordialmente:

Recibido de carta:

Yo _____, como colaborador de XXXX acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa XXXXXXXX con NIT XXXXXXXX de 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.

NOMBRE Y APELLIDO

CEDULA: