|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL FUNCIONARIO** | | | | | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO: | | | | | | C.C. | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | Sexo | F | |  | | M | |  |
| CARGO: | | Código | | | | Grado | | | |
| FUNCION PRINCIPAL: | | | | | | | | | |
| **TIPO DE EXAMEN:** | | | | | | | | | |
| INGRESO | EGRESO | | | PERIODICO | | | | | |
| **EXAMENES COMPLEMENTARIOS:** | |  | |  | | | |  | |
| **REQUISITOS PARA EL EXAMEN:** | |  | |  | | | |  | |
| **CITA: FECHA: HORA:**  AAA  MM  DD | |  | | AM \_\_\_\_ PM\_\_\_\_ | | | |  | |
| **observaciones** | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Profesional Universitario**  **Dirección de Gestión Humana** | | | | | | | | | |
| El presente formato certifica que se le informo al funcionario de planta de la Alcaldía de Fusagasugá, la fecha y hora de la valoración médica ocupacional. | | | | | | | | | |
| **NOTA:** Cuando se programe una convocatoria por grupos, la misma será remitida mediante circular a través del correo institucional de la Dirección de Gestión Humana. | | | | | | | | | |