|  |
| --- |
| 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:**AAAMMDD |   | 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. |