|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA: | **08/03/2024** | CIUDAD: | **BOGOTA**  |

La **UAE Contaduría General de la Nación** identificada con NIT. 830025406-6, **SOLICITA** realizar la siguiente evaluación médica ocupacional:

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE** |  |
| NOMBRE: |  |
| CARGO: |  | CEDULA: |  |

|  |
| --- |
| *Seleccione el centro de atención que considera oportuno (x)* |
| **PROVEEDOR** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **HORARIO** | **SOLICITUD CITAS** | **SELECCIONE** |
|  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL** |  |
| INGRESO |  | PERIÓDICO O PROGRAMADO |  | POST-INCAPACIDAD  |  | EGRESO O RETIRO  |  | OTRO; CUAL: |  |

|  |
| --- |
| **PARACLÍNICOS** |
| Optometría  |  | Cuadro Hemático Con plaquetas |  | Glicemia |  | Coprológico |  |
| Audiometría |  | Parcial de Orina |  | Perfil lipídico |  | KOH en uñas |  |
| Espirometría |  | Frotis faríngeo |  | Test de Wartegg |  | Examen psicosensométrico |  |
| Anexo osteomuscular  |  | Serología |  | Test de Vértigo |  | Otra: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VACUNACIÓN** |  |
| Fiebre Amarilla  |  | Hepatitis A y B |  | Hepatitis A |  | Tétano y difteria |  | Hepatitis B |  |
| Influenza |  | Rabia |  | Polio |  | Rubeola |  | Otra: |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES**: Confirmar asistencia al correo citasaludocupacional@compensarsalud.com  |

|  |
| --- |
| **RECOMENDACIONES** |
| Atender indicaciones remitidas por correo de agendamiento  |
| **AUTORIZA** | **RECIBIDO POR** |
| **UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN** | **FUNCIONARIO O ASPIRANTE** |
|  |  |  |
| COORDINADOR DEL GIT DE TALENTO HUMANO | FIRMA |