Bogotá, ${date}

Señores

**Laboratorios REYVELT**

**Medicina Especializada**

Calle 85 A No. 22 – 32 Barrio El Polo

Teléfono (+ 57 1) 702 0903 – 300 1465

Ciudad

**Referencia: Orden de Exámenes Médicos**

Apreciados Señores:

Por medio de la presente autorizamos la realización de los siguientes exámenes médicos a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** ${nombre} | **Cedula** | ${cedula} |
| **Empresa Usuaria** ${empresacliente} | **Cargo** | ${cargodesempenar} |
| **Ciudad donde Laborará** ${ciudad} |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción Examen** | **Realizar** | **Observaciones** |
| Audiometría |  |  |
| Espirómetría |  |  |
| Examen Medico Ocupacional |  |  |
| Examen Médico con Énfasis Osteomuscular |  |  |
| Examen Médico con Énfasis en Alturas |  | Presentarse en Ayunas, de por lo menos 12 horas |
| Exámenes para manipulación de Alimentos |  |  |
| Optometría |  |  |
| Panel 2 Detección Consumo Drogas |  |  |
| Prueba Psicosensometrica. |  |  |
| Serología |  |  |
| Visiometria |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total Exámenes** |  |  |

***Nota.***

***Apreciado Colaborador, por favor presentarse al laboratorio que esta señalado con (X) en el siguiente cuadro***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presentarse** | **Ciudad** | **Laboratorio - IPS** | **Dirección** | **Teléfono** | **Celular** |
|  | Bogotá | Reyvelt | Calle 85 A No. 22 - 32 | (1) 702 0903 | 313 323 9499 |
|  | Cali | Santa Clara | Calle 23AN # 2N - 75 | (2) 668 2828 | 318 348 2110 |
|  | Medellín | OmniSalud - Sede Laureles | Calle 33  No 74E-56 | (4) 448 10 44 | 321 643 8936 |
|  | Medellín | OmniSalud - Sede Centro | Carrera 49 No 49-24 2do Piso | (4) 448 10 44 | 321 643 8936 |
|  | Medellín | OmniSalud - Sede Itagüí | Calle 51   No 47-32 | (4) 448 10 44 | 321 643 8936 |

Cordialmente,

**Area de Contratación**

**Human Talent**