



Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.

San Agustín Tlaxiaca a ____ de _____ de 20__.

Contratista: _____
Representante legal: _____
Domicilio Fiscal: _____
R.F.C. _____

P R E S E N T E

Por medio de este documento hacemos del conocimiento que los trabajos que se ejecutaran en la **CLÍNICA DE MEDICINA DEPORTIVA S.A. DE C.V.** durante el periodo del _____ al _____ correspondiente al proyecto _____ y mediante el análisis de riesgo previo a la ejecución de trabajos u obra se determino el siguiente grado de riesgo: _____.

Por lo anterior solicito las siguientes acciones para reducir y controlar los riesgos relacionados con construcciones y/o remodelaciones en la clínica CEMA:

De no realizar las acciones acordadas a través de este medio se tendrán que suspender todo tipo de trabajos u obras inmediatamente.

Atte.

Jefe de mantenimiento