

	REMISORIO EXAMEN MEDICO	Código SYS-RE-023
		Versión 11
		Fecha 5/04/2018

Lugar y fecha: Chinchina 19 de Agosto de 2025 CONSECUTIVO TV-146-25

Señores: **SERVISO SAS**
 Dirección: **CRA 24 N° 51-45 EDIFICIO CLARABET DE VERSALLES 51 TEL 8813741-8901133-316 2200078**
 Ciudad: **MANIZALES**

REF: EXAMEN MEDICO

Estamos remitiendo al señor (a): LUIS FERNANDO CARMONA SERNA identificado (a) con cédula número 16.045.494 de CHINCHINA, para el cargo de COND VOLQUETA Y CARROTANQUE

Ingreso ☐ Periódico ☐ Retiro ☒
 Post Incapacidad ☐ Otros ☐ Cual? _____

Nota: Si el examen solicitado es de retiro el trabajador tiene 5 días hábiles a partir de la fecha para presentarse a realizar

El aspirante al cargo estará expuesto a los siguientes peligros:

<input checked="" type="checkbox"/>	Biomecanico: levantamiento de cargas, posturas, movimientos repetitivos)	<input checked="" type="checkbox"/>	Ruido
<input checked="" type="checkbox"/>	Iluminación	<input checked="" type="checkbox"/>	Vibraciones
	Radiaciones Ionizantes		temperaturas extremas
<input checked="" type="checkbox"/>	Psicosocial	<input checked="" type="checkbox"/>	Radiaciones no ionizantes
<input checked="" type="checkbox"/>	Químico	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecánico:Máquina- herramientas
<input checked="" type="checkbox"/>	Transito	<input checked="" type="checkbox"/>	Biológicos
<input checked="" type="checkbox"/>	Eléctricos		Espacios confinados
<input checked="" type="checkbox"/>	Públicos:Orden público, tránsito	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo en Alturas
		<input checked="" type="checkbox"/>	Otros, especificar:

Se solicita en la valoración hacer énfasis:

<input checked="" type="checkbox"/>	Osteomuscular		Auditivo
	Alturas		Otros Cual

Realizar los siguientes paraclínicos:

	Espirometría		Audiometría
	Optometría		Cuatro hemático
	Examen Psicosensométrico		Perfil lipídico
	Frotis de uñas, frotis faringeo y coprológico		Glicemia
	Otros Cuales?		

Favor enviar concepto de aptitud al trabajador,

Cordialmente,


JULIANA ANDREA GIRALDO
AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE OBRA

Parte diligenciada únicamente por el trabajador y/o aspirante:

Yo _____ con cédula No. _____ de la ciudad de _____ autorizo la realización de los paraclínicos que sean necesarios para el desarrollo del cargo.