

 <b>Consorcio TVG</b> <small>NIT: 901.577.851-6</small>	<b>REMISORIO EXAMEN MEDICO</b>	<b>Código</b> <b>SYS-RE-023</b> <b>Versión</b> <b>11</b> <b>Fecha</b> <b>5/04/2018</b>
---	--------------------------------	--

Lugar y fecha: Bogotá, 19 de Julio de 2025

CONSECUITIVO

**TVG-07-2025-015**

**Señores:** MEDICINA EMPRESARIAL  
**Dirección** CARRERA 13 A N° 98 - 46 PISO 2  
**Ciudad** BOGOTA D.C.

**REF: EXAMEN MEDICO**

Estamos remitiendo al señor (a): JUAN CARLOS RINCÓN HERNÁNDEZ identificado (a) con cédula número 79.811.900 de Bogotá, para el cargo de COORDINADOR NACIONAL DE SST para que le sea practicado el examen medico ocupacional de:

Ingreso  Periódico   
Post Incapacidad  Otros  Retiro   
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 examen, de lo contrario exime a CI GRODCO INGENIEROS CIVILES S.A.S, TECNICA VIAL S.A.S Y CONSORCIO TVG de cualquier enfermedad profesional que pueda presentar a futuro.

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"/>	Iluminación
<input checked="" type="checkbox"/>	Radiaciones Ionizantes
<input checked="" type="checkbox"/>	Psicosocial
<input checked="" type="checkbox"/>	Químico
<input checked="" type="checkbox"/>	Transito
<input checked="" type="checkbox"/>	Eléctricos
<input checked="" type="checkbox"/>	Públicos:Orden público, tránsito

<input checked="" type="checkbox"/>	Ruido
<input checked="" type="checkbox"/>	Vibraciones
<input checked="" type="checkbox"/>	temperaturas extremas
<input checked="" type="checkbox"/>	Radiaciones no ionizantes
<input checked="" type="checkbox"/>	Mecánico:Máquina- herramientas
<input checked="" type="checkbox"/>	Biológicos
<input checked="" type="checkbox"/>	Espacios confinados
<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
<input checked="" type="checkbox"/>	Alturas

<input type="checkbox"/>	Auditivo
<input type="checkbox"/>	Otros Cual

Realizar los siguientes paraclínicos:

<input checked="" type="checkbox"/>	Espirometría
<input checked="" type="checkbox"/>	Optometría
<input checked="" type="checkbox"/>	Examen Psicosensométrico
<input checked="" type="checkbox"/>	Frotis de uñas, frotis faringeo y coprológico
<input checked="" type="checkbox"/>	Otros Cuales?

<input checked="" type="checkbox"/>	Audiometria
<input checked="" type="checkbox"/>	Cuarto hemático
<input checked="" type="checkbox"/>	Perfil lipídico
<input checked="" type="checkbox"/>	Glicemia

Favor enviar concepto de aptitud al trabajador,

Cordialmente,

**LUZ MILA FERNANDEZ ORJUELA**  
**DIRECTORA ADMINISTRATIVA**

**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.