

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

Lugar y fecha: Chinchina 25 de septiembre de 2025 CONSECUITIVO TV-163-25

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): BERNABE ALBERTO ARIAS Y identificado (a) con cédula número
15.335.293 de SANTA BARBARA, 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"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	Auditivo
<input checked="" type="checkbox"/>	Tes de orina de sustancias psicoactivas

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,

Julianna Giraldo

JULIANA ANDREA GIRALDO
AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE OBRA

Parte diligenciada únicamente por el trabajador y/o aspirante:

Yo bernabe alberto a con cédula No. 15 335 293 de la ciudad de Santa barbara autorizo la realización de los paraclínicos que sean necesarios para el desarrollo del cargo.