

|   |                                |   |
|---|--------------------------------|---|
|  | <b>REMISORIO EXAMEN MEDICO</b> | Código <b>SYS-RE-023</b><br>Versión <b>11</b><br>Fecha <b>5/04/2018</b> |
|---|--------------------------------|---|

Lugar y fecha: 16 de Enero de 2026

CONSECUITIVO GRD-07-2026-174

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

**REF: EXAMEN MEDICO**

Estamos remitiendo al señor (a): RODNEY LOPEZ MONJE identificado (a) con cédula número  
80.249.671 de BOGOTÁ, para el cargo de ANALISTA DE LOGISTICA E INVENTARIOS  
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 GRODCO INGENIEROS CIVILES S.A.S. y TECNICA VIAL S.A.S. de cualquier enfermedad profesional que pueda presentar a futuro.

El aspirante al cargo estará expuesto a los siguientes peligros:

|   |  |
|---|--|
| X | Biomecanico: levantamiento de cargas, posturas, movimientos repetitivos) |
| X | Iluminación  |
|   | Radiaciones Ionizantes   |
| X | Psicosocial  |
|   | Químico  |
|   | Transito   |
|   | Eléctricos   |
| X | Públicos:Orden público, tránsito   |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| X | Ruido                          |
| X | Vibraciones                    |
|   | temperaturas extremas          |
|   | Radiaciones no ionizantes      |
|   | Mecánico:Máquina- herramientas |
| X | Biológicos                     |
|   | Espacios confinados            |
|   | Trabajo en Alturas             |
|   | Otros, especificar:            |

Se solicita en la valoración hacer énfasis:

|   |               |
|---|---------------|
| X | Osteomuscular |
|   | Alturas       |

|  |            |
|--|------------|
|  | Auditivo   |
|  | Otros Cual |

Realizar los siguientes paraclínicos:

|   |   |
|---|---|
|   | Espirometría                                  |
| X | Optometría                                    |
|   | Examen Psicosensométrico                      |
|   | Frotis de uñas, frotis faringeo y coprológico |
|   | Otros Cuales?                                 |

|  |                 |
|--|-----------------|
|  | Audiometria     |
|  | Cuarto hemático |
|  | Perfil lipídico |
|  | Glicemia        |

Favor enviar concepto de aptitud al trabajador,

Cordialmente,

*tox.*

**LUZ MILA FERNANDEZ ORJUELA**  
**DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y DE LOGISTICA**

**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.