


| | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
|  | REMISORIO EXAMEN MEDICO | Código SYS-RE-023 |
| | | Versión 11 |
| | | Fecha 5/04/18 |

Lugar y fecha: 16 de Abril de 2025

CONSECUTIVO GRD-07-2025-28

Señores: MEDICINA EMPRESARIAL
Dirección CARRERA 13 A N° 98 - 46 PISO 08
Ciudad BOGOTA

REF: EXAMEN MEDICO

Estamos remitiendo al señor (a): ANGIE DANIELA CASTAÑEDA SOTO identificado (a) con cédula número 1.010.208.807 de BOGOTA, para el cargo de COORDINADOR DE LICITACIONES para que le sea practicado el examen medico ocupacional de:

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 examen, de lo contrario exige a CI 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:

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

Se solicita en la valoración hacer énfasis:

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

Realizar los siguientes paraclínicos:

| | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Espirometría | <input type="checkbox"/> | Audiometria |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Optometría | <input type="checkbox"/> | Cuatro hemático |
| <input type="checkbox"/> | Examen Psicosensométrico | <input type="checkbox"/> | Perfil lipídico |
| <input type="checkbox"/> | Frotis de uñas, frotis faringeo y coprológico | <input type="checkbox"/> | Glicemia |
| <input type="checkbox"/> | Otros Cuales? | | |

Favor enviar concepto de aptitud al trabajador,

Cordialmente,



Sonia Hernández Pinto
 Analista de Gestión Humana

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.