


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

Lugar y fecha: Chinchina 09 de enero de 2026 CONSECUTIVO TV-004-26

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): FABIAN ALCIDES GALLEG0 identificado (a) con cédula número 1.007.192.030 de ANTA ROSA DE CABA, para el cargo de CONDUCTOR 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:

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

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

Se solicita en la valoración hacer énfasis:

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

|   |   |
|---|---|
| x | Auditivo                                |
| x | Tes de orina de sustancias psicoactivas |

Realizar los siguientes paraclínicos:

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

|   |                 |
|---|-----------------|
| x | Audiometría     |
|   | Cuatro hemático |
| X | Perfil lipídico |
|   | Glicemia        |

Favor enviar concepto de aptitud al trabajador,

Cordialmente,

Jolana b.  
**JULIANA ANDREA GIRALDO**  
**AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE OBRA**

**Parte diligenciada únicamente por el trabajador y/o aspirante:**

Yo Fabian Alcido con cédula No. 1007192030 de la ciudad de Santa Rosa  
 autorizo la realización de los paraclínicos que sean necesarios para el desarrollo del cargo.