



N° 135.155

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
27 DÍA	06 MES	2025 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	<b>EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR INGRESO</b>	
			Ciudad		

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**ON TIME CAR S.A.S**

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

<b>POLOCHE AEDO HELEN VIVIANA</b>	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	39 AÑOS 0 MESES 13 DÍAS	CC	1115063163
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

**CONDUCTORA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**NO PRESENTA RESTRICCIONES**

Observaciones: **NO APLICA**

PARA EL PLAN DE SEGURIDAD VIAL

**APTO**

**RESTRICCIONES LABORALES**

**TIPO**  
NO APLICA

**RECOMENDACIONES**

SIN RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	✓	PANEL MULTIDROGAS (5 DROGAS)	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACION PSICOSENSOMETRICA	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	AUDIOMETRIA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	-----	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	
	CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
	EDUCACIÓN EN LA ADECUADA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS	

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.



Médico

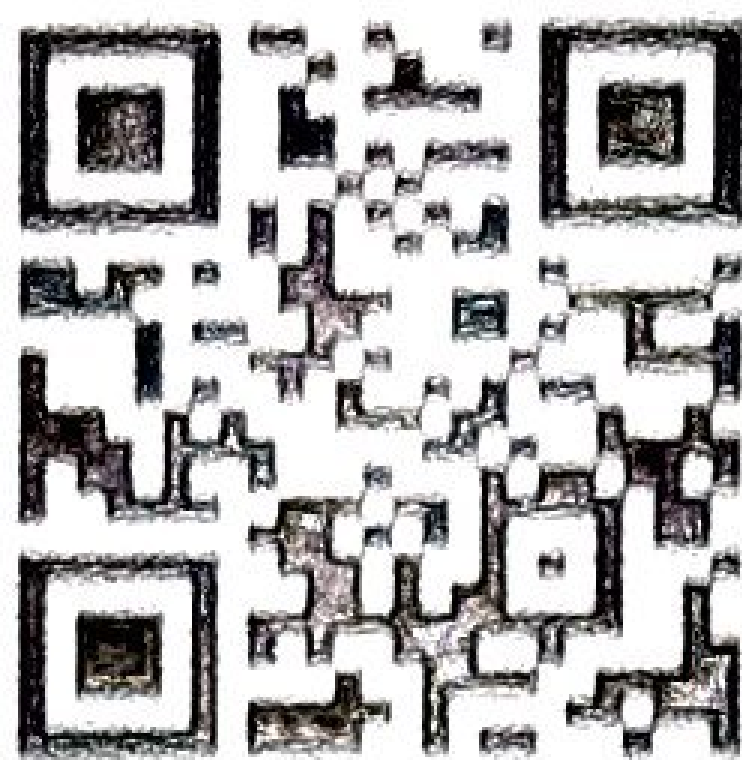
Firma:

*Cristian Azcarate S.*  
Médico Ocupacional  
LIC: 6301076/2020

Nombre: AZCARATE SANCHEZ CRISTIAN

R. M.: 76-1739

L.S.O.: 6301076/2020



Código de Seguridad

C475I1O135155

Aspirante o Trabajador

Firma:

*Helén Viviana Poloche*

Nombre: POLOCHE AUDO HELEN VIVIANA

CE: 1116063193



## RECOMENDACIONES

**Paciente:** POLOCHE AEDO HELEN VIVIANA

**Identificación:** CC: 1115063163

**Cargo:** CONDUCTORA

**Género:** FEMENINO

**Dirección:** CALLE 19 18 A 08

**Fecha:** 27/06/2025

**Fecha Nacimiento:** 14/06/1986

**Edad:** 39 AÑOS 0 MESES 13 DÍAS

**Estado Civil:** CASADO(A)

**Cludad:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR, EDUCACIÓN EN LA ADECUADA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS

## RECOMENDACIONES GENERALES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y EJERCICIOS CIRCULATORIOS, EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD

### Médico

**Firma:**

*Cristian Azcarate S.*  
Médico Ocupacional  
LIC. 6301076/2020

**Nombre:** AZCARATE SANCHEZ CRISTIAN

**R. M.:** 76-1739

**L.S.O.:** 6301076/2020