

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
TRANSERARGA ECUADOR S.A. - ALDIA LOGISTICA	1791250060001	GYQ	NEXUS MED - DRA. VIVIANA OCHOA	1726019084	26
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	CARGO / OCUPACIÓN
ABRIL	MOYA	CRISTIAN	DAVID	M	CHOFER

B. DATOS GENERALES

FECHA DE EMISIÓN:	2023	4	10					
	aaaa	mm	dd					
EVALUACIÓN:	INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>	SALIDA	<input type="checkbox"/>

C. CONCEPTO PARA APTITUD LABORAL

Después de la valoración médica ocupacional se certifica que la persona en mención, es calificada como:

APTO	<input checked="" type="checkbox"/>	APTO EN OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	APTO CON LIMITACIONES	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
------	-------------------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------	--------------------------

DETALLE DE OBSERVACIONES:

PACIENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES

SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE OCUPACIONAL AL MOMENTO CON

ESCOLIOSIS CONVEXIDAD IZQUIERDA

D. CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO

Después de la valoración médica ocupacional se certifica las condiciones de salud al momento del retiro:

SATISFACTORIO

☒

NO SATISFACTORIO

OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO:

E. RECOMENDACIONES

1.- CUMPLIR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

2.- SEGUIR INSTRUCCIONES DE SSO

Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso /la ejecución/ el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud.

La presente certificación se expide con base en la historia ocupacional del usuario (a), la cual tiene carácter de confidencial.

F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD+B16

NOMBRE Y APELLIDO	DRA. VIVIANA OCHOA	CÓDIGO	1716155955	FIRMA Y SELLO
-------------------	--------------------	--------	------------	---------------

G. FIRMA DEL USUARIO



MÉDICO OCUPACIONAL
CM: L:24 F:49 N° 146