

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CIIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
TRANSCARGA ECUADOR S.A. - ALDIA LOGISTICA	1791250060001	GYQ	NEXUS MED - DRA. VIVIANA OCHOA	1720714904	37
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	CARGO / OCUPACIÓN
SANDOVAL	CARLOSAMA	JORGE	ALFREDO	F	CHOFER

B. DATOS GENERALES					
FECHA DE EMISIÓN:	2023	4	6		
	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 PARASITOSIS INTESTINAL E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL					

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	<input checked="" type="checkbox"/>	NO SATISFACTORIO
OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO:			

E. RECOMENDACIONES	
1.- CONTROL Y SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA 2.- CUMPLIR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD 3.- 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				G. FIRMA DEL USUARIO	
NOMBRE Y APELLIDO	DRA. VIVIANA OCHOA	CÓDIGO	1716155955	FIRMA Y SELLO	
					