

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
COMPAÑIA DE TRANSPORTE PESADO ABRIL HERMANOS ABRILTRANS S.A.	2390050170001		SERVICIO MEDICO DE EMPRESA	1726303652	1726303652
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	CARGO / OCUPACIÓN
CASTILLO	VILLAVICENCIO	BRYAN	ARIEL	M	CONDUCTOR

B. DATOS GENERALES

FECHA DE EMISIÓN:	2024	1	9					
<small>aaaa mm dd</small>								
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:

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 type="checkbox"/>	NO SATISFACTORIO	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	------------------	--------------------------

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

E. RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTOS
ALIMENTACION RICA EN FRUTAS Y VERDURAS
EJERCICIO CARDIOVASCULAR MINIMO 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS

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

NOMBRE Y APELLIDO	DRA. LUZ DARY RUALES TELF. 0995013775	CÓDIGO	L:37 F:135 N:404	FIRMA Y SELLO		
-------------------	---------------------------------------	--------	------------------	---------------	--	---