



**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             |
|------------------------------------------------|------------------|----------------|------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| PÚBLICA                                        |                  | 176813962000-1 | F422 | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 62                         | 62                            |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE  |      | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| GARCÍA                                         | TRUJILLO         | WILMER         |      | ODILMER                     | M                          | OPERADOR DE EXCAVADORA        |

FECHA DE EMISIÓN:

17 11 2023

aaaa mm dd

EVALUACIÓN:

INGRESO

☐

PERIÓDICO

☒

REINTEGRO

☐

SALIDA

☐

**C. CONCEPTO PARA APTITUD LABORAL**

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

| APTO |   | APTO EN OBSERVACIÓN |  | APTO CON LIMITACIONES |  | NO APTO |  |
|------|---|---------------------|--|-----------------------|--|---------|--|
|      | X |                     |  |                       |  |         |  |
|      |   |                     |  |                       |  |         |  |
|      |   |                     |  |                       |  |         |  |
|      |   |                     |  |                       |  |         |  |
|      |   |                     |  |                       |  |         |  |

**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**

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |  |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|--|
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|--|

**G. FIRMA DEL USUARIO**




**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             |
| PÚBLICA                                        | 176813962000-1   | F422          | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 56                         | 56                            |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| SÁNCHEZ                                        | SÁNCHEZ          | EDGAR         | EDILMO                      | M                          | CHOFER DE VEHICULO PESADO     |

**B. DATOS GENERALES**

|                   |                          |                                     |                          |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| FECHA DE EMISIÓN: | 17                       | 11                                  | 2023                     |
|                   | aaaa                     | mm                                  | dd                       |
| EVALUACIÓN:       | INGRESO                  | PERIÓDICO                           | REINTEGRO                |
|                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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 | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO: |                                     |                  |                          |
|                                                                                |                                     |                  |                          |
|                                                                                |                                     |                  |                          |

**E. RECOMENDACIONES**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**

|  |
|--|
|  |
|--|




**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             |
|------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| PÚBLICA                                        | 176813962000-1   | F422          | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 86                         | 86                            |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| PATIÑO                                         | SEGURA           | BYRON         | RUPERTO                     | M                          | OPERADOR DE EXCAVADORA        |

**B. DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN:     
aaaa mm dd

EVALUACIÓN: INGRESO  PERIÓDICO ☒ REINTEGRO  SALIDA

**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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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 | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|

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

**E. RECOMENDACIONES**

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**






**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             |
| PÚBLICA                                        |                  | 176813962000-1 | F422 | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 36                         | 36                            |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE  |      | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| CASTILLO                                       | CRIOLLO          | MILTON         |      | ISAUL                       | M                          | OPERADOR DE CARGADORA         |

**B. DATOS GENERALES**

|                   |                          |                                     |                          |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| FECHA DE EMISIÓN: | 17                       | 11                                  | 2023                     |
|                   | aaaa                     | mm                                  | dd                       |
| EVALUACIÓN:       | INGRESO                  | PERIÓDICO                           | REINTEGRO                |
|                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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 | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO: |                                     |                  |                          |
|                                                                                |                                     |                  |                          |
|                                                                                |                                     |                  |                          |

**E. RECOMENDACIONES**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

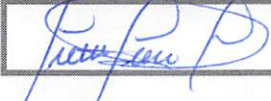
Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso /la ejecución/ el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud.

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|




**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             |
|------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| PÚBLICA                                        | 176813962000-1   | F422          | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 853                        | 853                           |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| VARGAS                                         | ANGARA           | DENNIS        | FABIAN                      | M                          | AYUDANTE DE MAQUINARIA        |

|                   |                          |                                     |                          |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| FECHA DE EMISIÓN: | 17                       | 11                                  | 2023                     |
|                   | aaaa                     | mm                                  | dd                       |
| EVALUACIÓN:       | INGRESO                  | PERIÓDICO                           | REINTEGRO                |
|                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|

FIRMA Y SELLO

**G. FIRMA DEL USUARIO**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|





**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             |
|------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| PÚBLICA                                        | 176813962000-1   | F422          | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 517                        | 517                           |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| ARCAYA                                         | YELA             | MANUEL        | GERMÁN                      | M                          | CHOFER DE VEHICULO PESADO     |

**B. DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN:     
aaaa mm dd

EVALUACIÓN: INGRESO  PERIÓDICO ☒ X REINTEGRO  SALIDA

**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"/> X | APTO EN OBSERVACIÓN | <input type="checkbox"/> | APTO CON LIMITACIONES | <input type="checkbox"/> | NO APTO | <input type="checkbox"/> |
|      |                                       |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                       |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                       |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                       |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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"/> X | NO SATISFACTORIO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|---------------------------------------|------------------|--------------------------|

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

**E. RECOMENDACIONES**

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**






**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             |
|------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| PÚBLICA                                        | 176813962000-1   | F422          | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 32                         | 32                            |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| NARVAEZ                                        | HERRERA          | HENRY         | OSWALDO                     | M                          | OPERADOR DE EXCAVADORA        |

**B. DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN:     
aaaa mm dd

EVALUACIÓN: INGRESO  PERIÓDICO  REINTEGRO  SALIDA

**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="text" value="x"/> | APTO EN OBSERVACIÓN | <input type="text"/> | APTO CON LIMITACIONES | <input type="text"/> | NO APTO | <input type="text"/> |
|------|-------------------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------|----------------------|
|      |                                           |                     |                      |                       |                      |         |                      |
|      |                                           |                     |                      |                       |                      |         |                      |
|      |                                           |                     |                      |                       |                      |         |                      |
|      |                                           |                     |                      |                       |                      |         |                      |

**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="text" value="x"/> | NO SATISFACTORIO | <input type="text"/> |
|---------------|-------------------------------------------|------------------|----------------------|

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

**E. RECOMENDACIONES**

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      | CÓDIGO       | FIRMA Y SELLO                                                                        |
|------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Dra. Madelaine Escobar | L48-F59-T177 |  |

**G. FIRMA DEL USUARIO**






**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 |
| PÚBLICA                                        |                  | 176813962000-1 | F422           | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 89                            | 89                |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE  | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                        | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |                   |
| PEÑA                                           | GONZALEZ         | MILTON         | RENAN          | M                           | OPERADOR DE CARGADORA         |                   |

**B. DATOS GENERALES**

|                   |                          |                                     |                          |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| FECHA DE EMISIÓN: | 17                       | 11                                  | 2023                     |
|                   | aaaa                     | mm                                  | dd                       |
| EVALUACIÓN:       | INGRESO                  | PERIÓDICO                           | REINTEGRO                |
|                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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 | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|

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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**E. RECOMENDACIONES**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**

|  |
|--|
|  |
|--|




**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             |
| PÚBLICA                                        |                  | 176813962000-1 | F422 | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 69                         | 69                            |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE  |      | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| CASTILLO                                       | POGO             | KLEVER         |      | GEOVANNY                    | M                          | AYUDANTE DE MAQUINARIA        |

**B. DATOS GENERALES**

|                   |           |                                     |                          |
|-------------------|-----------|-------------------------------------|--------------------------|
| FECHA DE EMISIÓN: | 17        | 11                                  | 2023                     |
|                   | aaaa      | mm                                  | dd                       |
| EVALUACIÓN:       | INGRESO   | <input type="checkbox"/>            | PERIÓDICO                |
|                   |           | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
|                   | REINTEGRO | <input type="checkbox"/>            | SALIDA                   |
|                   |           | <input type="checkbox"/>            | <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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

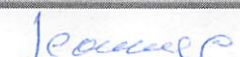
Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso /la ejecución/ el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud.

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|





**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                          |
| PÚBLICA                                        |                  | 176813962000-1 | F422 | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 110                        | 110                                        |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE  |      | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA              |
| YAGUANA                                        | TORRES           | ROBERTH        |      | ANTONIO                     | M                          | SUPERVISOR DE CONTRUCCIONES CIVILES/ MINAS |

**B. DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN:     
aaaa mm dd

EVALUACIÓN: INGRESO  PERIÓDICO ☒ REINTEGRO  SALIDA

**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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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 | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|

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

**E. RECOMENDACIONES**

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|




**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             |
|------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| PÚBLICA                                        | 176813962000-1   | F422          | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 58                         | 58                            |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| CALERO                                         | MANCHENO         | CARLOS        | ISAÍAS                      | M                          | OPERADOR DE TRACTOR DE ORUGA  |

**B. DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN:     
aaaa mm dd

EVALUACIÓN: INGRESO  PERIÓDICO ☒ REINTEGRO  SALIDA

**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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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 | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|

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

**E. RECOMENDACIONES**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

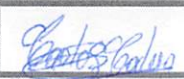
Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso /la ejecución/ el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud.

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**






**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             |
|------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| PÚBLICA                                        | 176813962000-1   | F422          | CONSULTORIO MÉDICO GAD PSDT | 364                        | 364                           |
| PRIMER APELLIDO                                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                       | CARGO / OCUPACIÓN DESEMPEÑADA |
| NARVAEZ                                        | VILCA            | ANDREA        | SUSANA                      | F                          | ANALISTA DE MINAS 2           |

**B. DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN:     
aaaa mm dd

EVALUACIÓN: INGRESO  PERIÓDICO ☒ REINTEGRO  SALIDA

**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"/> |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |
|      |                                     |                     |                          |                       |                          |         |                          |

**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 | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|

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

**E. RECOMENDACIONES**

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. Madelaine Escobar | CÓDIGO | L48-F59-T177 | FIRMA Y SELLO |
|-------------------|------------------------|--------|--------------|---------------|

**G. FIRMA DEL USUARIO**

