





## CERTIFICADO MEDICO

Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo: Empresa:	17430476 Sexo:  TECNICO REFRIG. Y AISLAMIENTO TERMICO I BRIQVEN EXAMEN:  POST VACACION	<i>Masculino</i>
Certifico que en el Examen Médico Ocupacional Practicado, NO Existen hallazgos clínicos que impidan su normal desempeño.		
DISPOSICION		
Apto para el Cargo	Apto para Disfrute de N	Vacaciones
Apto con Restricciones	Apto para Reintegro de	Vacaciones
No Apto para el Cargo	Apto para el Reintegro de Po	ost Incapacidad
Apto para Egresar		
Firma del Medico Responsable		