



FECHA: 2023-06-02

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): DONAD OTILIO ALIENDRES.A  
Cedula: 13730437  
Cargo: OPERADOR DE SERVICIOS AUXILIARES III  
Empresa: BRIQVEN

Sexo: Masculino

EXAMEN: **POST VACACION**

Certifico que en el Examen Médico Ocupacional Practicado, SI Existen hallazgos clínicos que impidan su normal desempeño.

**DISPOSICION**

Apto para el Cargo

☐

Apto para Disfrute de Vacaciones

☐

Apto con Restricciones

☐

Apto para Reintegro de Vacaciones

☐

No Apto para el Cargo

☐

Apto para el Reintegro de Post Incapacidad

☐

Apto para Egresar

☐

Firma del Medico Responsable