





## CERTIFICADO MEDICO

|  |   | CERTIFICADO MEDICO                         |           |
|--|---|--|-----------|
| Nombre y Apellidos (del                                      | ENRIQUE JESUS ALVAREZ.L                                     |  |           |
| paciente):<br>Cedula:  | 21251349  | Sexo:                                      | Masculino |
| Cargo:   | ESPECIALISTA DE SALA DE CONTROL                             |  |           |
| Empresa:   | BRIQVEN   |  |           |
|  | EXAMEN:   | POST VACACION                              |           |
| 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 Vacaciones           |           |
| Apto con Restricciones                                       |   | Apto para Reintegro de Vacaciones          | $\bigvee$ |
| No Apto para el Cargo  |   | Apto para el Reintegro de Post Incapacidad |           |
| Apto para Egresar  |   |  |           |
| Firma del Medico Responsable                                 |   |  |           |