

CERTIFICADO MEDICO

Nombre y Apellidos (del paciente): **FREDDY RAMON MARICHALES.M**
 Cedula: **5339584**
 Cargo: **ESPECIALISTA DE SALA DE CONTROL**
 Empresa: **BRIQVEN**
 EXAMEN:

Sexo: **Masculino**

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

☒

No Apto para el Cargo

☐

Apto para el Reintegro de Post Incapacidad

☐

Apto para Egresar

☐


Firma del Medico Responsable