





CERTIFICADO MEDICO

Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo: Empresa:	MELISSA DEL VALLE CEDE?O.M 15969267 COORDINADOR DE GESTION AMBIENTAL BRIQUEN	Sexo:	Femenino
EXAMEN: PRE 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	o para el Reintegro de Post Incapacidad	
Apto para Egresar			
ADD A			
	Firma del	Medico Responsable	