





CERTIFICADO MEDICO

Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo: Empresa:	15354710 COORD INFRA. Y TELECOMUNICAC (E) BRIQVEN EXAMEN:	Sexo: POST VACACION n Médico Ocupacional Practicado, NO	Masculino
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	\checkmark
No Apto para el Cargo	Apto	o para el Reintegro de Post Incapacidad	
Apto para Egresar			
AD D			
	Firma del II	Medico Responsable	