





## CERTIFICADO MEDICO

| Nombre y Apellidos (del   | JESUS MARIA LORETO.S                |                                      |           |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| paciente):  |                                     |                                      |           |
| Cedula:   | 14222926                            | Sexo:                                | Masculino |
| Cargo:  | OPERADOR DE SERVICIOS AUXILIARES II |                                      |           |
| Empresa:  | BRIQVEN                             |                                      |           |
|   | EXAMEN:                             | PRE VACACION                         |           |
| Certifico que en el Examen Médico Ocupacional Practicado, NO<br>Existen hallazgos clínicos que impidan su normal desempeño. |                                     |                                      |           |
| DISPOSICION   |                                     |                                      |           |
| Apto para el Cargo  | , A                                 | apto para Disfrute de Vacaciones     | $\sqrt{}$ |
| Apto con Restricciones  | Aj                                  | pto para Reintegro de Vacaciones     |           |
| No Apto para el Cargo   | Apto p                              | ara el Reintegro de Post Incapacidad |           |
| Apto para Egresar   |                                     |                                      |           |
|   |                                     |                                      |           |
| Katherine Toral.  |                                     |                                      |           |

Firma del Medico Responsable