





CERTIFICADO MEDICO

| Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo: Empresa: | 12650708 TECNICO REFRIG. Y AISLABRIQVEN EXAMEN: Certifico que | POST VACACION en el Examen 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 para el Reintegro de Post Incapacidad | |
| Apto para Egresar | | | |
| | | Firma del Medico Responsable | |