

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): CARLOS ALBERTO HENRIQUEZ .M

Cedula: 20704943

Sexo:

Masculino

Cargo: SUPERVISOR DE ANDAMIOS

Empresa: BRIQVEN

EXAMEN:

**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