



FECHA: 2024-01-17

CERTIFICADO MEDICO

Nombre y Apellidos (del paciente): **SUNIX EUGLEDYS FARIAS.L**
Cedula: **13647019**
Cargo: **ANALISTA DE PRESUPUESTO I**
Empresa: **BRIQVEN**

Sexo: **Femenino**

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

☐

Katherine Toral.

Firma del Medico Responsable