





## CERTIFICADO MEDICO

| Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo: Empresa:  | 12191259 MECANICO SOLDADOR I BRIQVEN EXAMEN: | Sexo:  POST VACACION                       | Masculino |
|---|--|--|-----------|
| Certifico que en el Examen Médico Ocupacional Practicado, NO<br>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          | $\bigvee$ |
| No Apto para el Cargo   |  | Apto para el Reintegro de Post Incapacidad |           |
| Apto para Egresar   |  |  |           |
|   |  | ADD  |           |
| Firma del Medico Responsable  |  |  |           |