

**CERTIFICADO MEDICO**

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

Sexo: **Femenino**

**PRE 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