

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): JOSE FELIX BELLO.B  
 Cedula: 14580688  
 Cargo: OPERADOR DE REDUCCION II  
 Empresa: BRIQVEN

Sexo: Masculino

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