





CERTIFICADO MEDICO

| Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo: Empresa: | DOMINGO SUAREZ.B 15354710 Sexo: COORD INFRAESTRUCTURA Y TELECOMUNICAC BRIQVEN | 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 | \bigvee |
| No Apto para el Cargo | Apto para el Reintegro de Post Incapacidad | |
| Apto para Egresar | | |
| | | |
| | ADD 1. | |

Firma del Medico Responsable