





## CERTIFICADO MEDICO

| Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula:  | FRANKLIN ALFREDO MORENO.G  10394417       | Sexo:                                      | Masculino |
|---|---|--|-----------|
| Cargo:<br>Empresa:  | COORDINADOR DE LABORATORIO (E)<br>BRIQVEN |  |           |
|   | EXAMEN:                                   | POST VACACION                              |           |
| 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   | 2   | Apto para el Reintegro de Post Incapacidad |           |
| Apto para Egresar   |   |  |           |
|   |   |  |           |
|   |   | ADD  |           |
| Firma del Medico Responsable  |   |  |           |