

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): MARIANGEL MICHELLE DIAZ.H

Cedula: 27644484

Sexo: Femenino

Cargo: ALMACENISTA I

Empresa: BRIQVEN

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

☐

Katherine Tovar.

Firma del Medico Responsable