





## CERTIFICADO MEDICO

Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula:	14726311	Sexo:	Masculino
Cargo: Empresa:	argo: OPERADOR DE SERVICIOS AUXILIARES III		
	EXAMEN:	POST VACACION	
Certifico que en el Examen Médico Ocupacional Practicado, SI 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			
		ADD To	
Firma del Medico Responsable			