



FECHA: 2024-02-20

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): CARLOS MIGUEL ORONOS.P  
Cedula: 13016226  
Cargo: ELECTRO/INSTRUMENTISTA I  
Empresa: BRIQVEN  
EXAMEN:

Sexo: Masculino

**REINTEGRO LABORAL**

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