

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): **SUNIX EUGLEDYS FARIAS.L**  
 Cedula: **13647019**  
 Cargo: **ANALISTA DE PRESUPUESTO I**  
 Empresa: **BRIQVEN**  
 EXAMEN:

Sexo: **Femenino**

**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 con Restricciones ☐  
 No Apto para el Cargo ☐  
 Apto para Egresar ☐

Apto para Disfrute de Vacaciones ☐  
 Apto para Reintegro de Vacaciones ☒  
 Apto para el Reintegro de Post Incapacidad ☐



Firma del Medico Responsable