

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): CARLOS ANTONIO MEDINA.G  
 Cedula: 10049307  
 Cargo: OPERADOR DE REFORMACION II  
 Empresa: BRIQVEN

Sexo: Masculino

**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 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