

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): ROSA ELIZABETH FUENTES.C  
Cedula: 16025275  
Cargo: COORDINADOR DE GESTION  
Empresa: BRIQVEN  
EXAMEN:

Sexo: Femenino

**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 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