





## CERTIFICADO MEDICO

| Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo:   | 5212833 ALMACENISTA I | Sexo:                                      | Masculino |
|---|-----------------------|--|-----------|
| Empresa:  | BRIQVEN<br>EXAMEN:    | POST VACACION                              |           |
| Certifico que en el Examen Médico Ocupacional Practicado, SI<br>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  |           |

Firma del Medico Responsable