

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): **FREDDY RAMON MARICHALES.M**  
 Cedula: **5339584**  
 Cargo: **ESPECIALISTA DE SALA DE CONTROL**  
 Empresa: **BRIQVEN**  
 EXAMEN:

Sexo: **Masculino**
**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 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