





CERTIFICADO MEDICO

| Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula: Cargo: Empresa: | 17695953 | Sexo: AISLAMIENTO TERMICO I PRE VACACION | Masculino |
|---|----------|--|-----------|
| 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 | \bigvee |
| Apto con Restricciones | | Apto para Reintegro de Vacaciones | |
| No Apto para el Cargo | | Apto para el Reintegro de Post Incapacidad | |
| Apto para Egresar | | | |
| | | | |
| | | ADD To | |
| Firma del Medico Responsable | | | |