



FECHA: 2023-01-31

**CERTIFICADO MEDICO**

Nombre y Apellidos (del paciente): **MARIELA DE LOS ANGELES AGELVIS.O**

Cedula: **20286524**

Sexo: **Femenino**

Cargo: **ANALISTA DE NOMINA I**

Empresa: **BRIQVEN**

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 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