





## CERTIFICADO MEDICO

Nombre y Apellidos (del paciente): Cedula:	17432619	Sexo:	Masculino
Cargo: Empresa:	TECNICO DE LABORATORIO FISICO III BRIQVEN	Sexo:	Mascullio
Impropa.	EXAMEN:	PRE VACACION	
Certifico que en el Examen Médico Ocupacional Practicado, SI 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	o para el Reintegro de Post Incapacidad	
Apto para Egresar			
Firma del Medico Responsable			
Firma del Medico Responsable			