

**FORMATO**

FECHA DE EMISIÓN			INICIAL	<input type="checkbox"/>	PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>
Día:	Mes:	Año:	RETIRO	<input type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>
Para:						
Una vez realizado el examen médico correspondiente, certifico que el Sr. _____ con cedula de ciudadanía _____ se encuentra:						
Apto	<input type="checkbox"/>	Apto con restricciones	<input type="checkbox"/>	No apto	<input type="checkbox"/>	
Para:						
Cubrir el puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	Terminación de la relación laboral:	<input type="checkbox"/>			
Denominado:						

Observaciones: \_\_\_\_\_

<b>Medico Ocupacional HGDC</b>
Nombre

