

| FECHA DE EMISIÓN | | |
|------------------|------------|-------------|
| 23 | 06 | 2025 |
| DÍA | MES | AÑO |

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido a: PONCE SILVA MARIA DEL CARMEN con número de cédula: 1308447059, el cual presenta el siguiente diagnostico:

| DIAGNÓSTICO | | CIE10 |
|---|----|-------|
| ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO | | I64 |
| REPOSO MEDICO: | SI | |

| PERÍODO DE REPOSO | |
|-------------------|------------|
| Desde | Hasta |
| 23/06/2025 | 27/06/2025 |

Observación:

BAJO AUTORIZACION DE JEFE DE RRHH SE OTORGA DESCANSO PR RECUPERACION DE CUDRO NEUROLOGICO

COELLO MOREIRA GUSTAVO RAFAEL

