



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**CENTRO SALUD C MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIAS - CUENCA**

**CERTIFICADO MÉDICO**

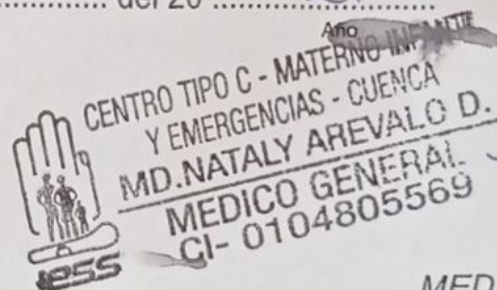
Unidad Médica..... Enl ..... Servicio de ..... Enl .....  
CERTIFICO Que ..... el ..... Sr. Alvarado Gutierrez Wilson Armando .....  
Apellidos y Nombres Completos

Nº Céd. Ident ..... 0103670899 ..... Nº Afiliación ..... — ..... Nº H. Clínica ..... 163377 .....

Por prescripción médica de reposo, no puede concurrir a su trabajo desde el ..... 30 .....

Noviembre ..... de 20 ..... 21 ..... Hasta el ..... 02 ..... de ..... Diciembre ..... de 20 ..... 21 .....  
Cuenca ..... a ..... 30 ..... de ..... Noviembre ..... del 20 ..... 21 .....  
Lugar ..... Día ..... Mes ..... Año

CUECO J029



MEDICO TRATANTE  
(Firma código y sello)

NOTA: Este formulario debe ser entregado al patrono por el afiliado para justificar su ausentismo al trabajo por:

☐ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Profesional ☐ Maternidad (niño vivo) además, no debe tener ningún borrón o enmendadura.