

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**CENTRO DE ESPECIALIDADES CENTRAL CUENCA**  
**CERTIFICADO DE ASISTENCIA**

El profesional que suscribe el presente, CERTIFICA que el/la afiliado/a

(nombres y apellidos) ELIZABETH CHICA

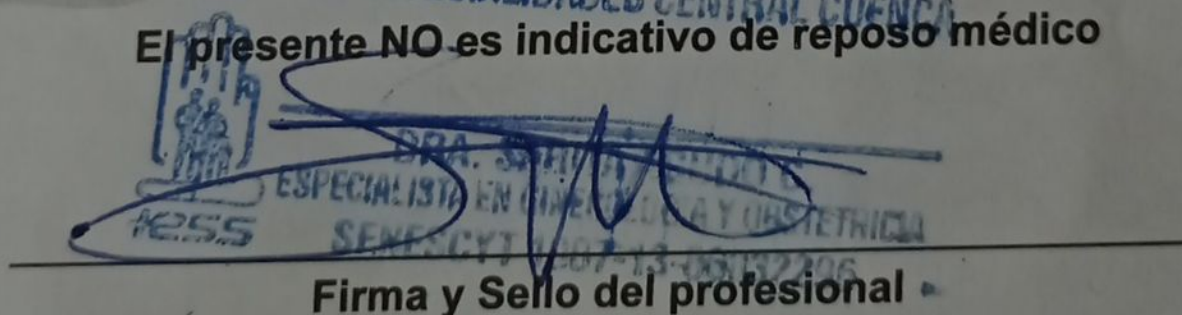
acude a cita médica ( ☒ ) examen complementario (    ) en el servicio de:

(nombre de servicio) GINECOLOGIA

el día: 22 de (mes) 11 del (año) 20 21

desde las 19:30 hasta las 16:30

El presente NO es indicativo de reposo médico

  
Firma y Sello del profesional