



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL DE ESMERALDAS  
CERTIFICADO MÉDICO

UNIDAD MÉDICA: IESS ESMERALAS

Servicio de EMERGENCIA

CERTIFICADO que la Sr(a)

Apellidos y Nombres Completos RAMIREZ YANEZ MARTHA MARIA

No. De Céd. Identidad 0802264374 N° Afiliación.....N° H. Clínica 46964  
Por prescripción médica de reposo, no puede concurrir a su trabajo desde el UNO

En letras

.....de JULIO del 2021 hasta el:  
Del 2021

TRES

de

JULIO

En letras

En letras

En letras

ESMERALDAS  
Lugar

a

02  
Día

de

JULIO  
Mes

CIE 10: J22



MÉDICO TRATANTE  
(Firma, Código y Sello)

NOTA: Este Formulario debe ser entregado al patrono por el afiliado, para justificar el ausentismo al trabajo por:  
☐ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Profesional ☐ Maternidad (niño vivo). Además no debe tener ningún borrón o enmendadura.