| | INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL |
|--------------|--|
| IESS | CERTIFICADO MÉDICO |
| Unidad M | Scivillo de |
| CERTIFICO | Apellidas y Nombres Completos |
| N° Céd. Iden | t. 13 [16 7 8625 N° Afiliación N° H. Clínica |
| Por prescri | pe 20 |
| En Letras | En Letras En Letras |
| Ma | LURGOFITAL CENEGRAL WANTA DIA DIA MES DISCOLO AÑO |
| | VIANCA PADIO |
| | MÉDICOGRATANTE (Firma Código y Sello) |
| | NOTA: Este formulario debe ser entregado al patrono por el afiliado para justificar su ausentismo al Trabajo Enfermedad general Accidente de trabajo Enfermedad Profesional Maternidad (niño vivo) además, no debe tener ningún borrón o enmendadura. |
| | |