

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:

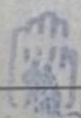
(nombre de servicio) ginecología

el día: 15 de (mes) 09 del (año) 20 21

desde las 6:30 hasta las 9:00

El presente NO es indicativo de reposo médico

CENTRO DE ESPECIALIDADES CENTRAL CUENCA



[Firma]

Firma y Sello del profesional

SENECYT 180.00-67214

F002-ASISTENCIA-CECC2019-FDSO