

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL ''SAN FRANCISCO DE QUITO'' CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Fecha: 141 1 202	0
Certifico que el usuario (Sr, Sra, Srta, niño(a)) <u>Coulos flegrete</u> portador del DNI: <u>1705663241</u> Icudió al consulta médica de_ OTORRINOLARINGOLOGÍA el día de hoy desde las <u>8.00</u> hs hasta las <u>10.00</u> hs.	
Atentamente	
(Profesional y/o Servicio) COLOGIA	
Ley Orgánica de Salud, artículo 7, literal d. Ley de Derecho y Amparo del Paciente, artículo 4.	