## 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

El biolesione	al que sus	cribe el proc	Jointo, Calaba	
(nombres y apell	lidos) EL	LEAGETH	CHICA	)
acude a cita i	médica (	) examen c	omplementar	rio ( ) en el servicio de:
(nombre de servi	cio)	CINECO	roc!y.	
				del (año) 20 <u>21</u>
desde las	CENT	5:30 O DE ESPECIALIDAD	hasta las	16:30
	Elpres	ente NO es indi	CES CENTRAL CUENC cativo de reposo	médico
	RESS.	ESPECIALISTO EN LINE	VI THICA	
	,	Firma y Sello	del profesional	Taga ADIOTENCIA CECCOMO EDSO

F002-ASISTENCIA-CECC2019-FDSO