



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CENTRO SALUD C MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIAS - CUENCA

CERTIFICADO MÉDICO

Unidad Médica..... CMZ-2..... Servicio de..... Emergencia.....

CERTIFICO Que Sr. a Chica Bebe Elizabeth Espinosa.....
Apellidos y Nombres Completos

Nº Céd. Ident 0705638815..... Nº Afiliación Nº H. Clínica 21223.....

Por prescripción médica de reposo, no puede concurrir a su trabajo desde el Cusco (or).....

..... julio de 20 21 Hasta el 20 de de 20 21.....
letras
..... a de julio del 20 Año
Lugar Día Mes

Mateo Godoy R.
MEDICO GENERAL
010516122-8

MEDICO TRATANTE
(Firma código y sello)

Fernando Arce (Jorco)

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