

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) Piñero GOLA SETAOTE

acude a cita médica () examen complementario (X) en el servicio de:

(nombre de servicio) LOS PATO Clínica

el día: 23 de (mes) juño del (año) 2021

desde las 06h40 hasta las 07h10

 **CENTRO DE ESPECIALIDADES CENTRAL CUENCA**
El presente ~~NO~~ es indicativo de reposo médico

~~M.S.C. JAVIER PEREZ M.~~
~~MAESTRO MAGISTER EN GENETICA MOLECULAR~~

Firma y Sello del profesional