


 <b>Hospital del IESS Quito Sur</b>	<b>CERTIFICADO DE ASISTENCIA A CONSULTA</b>	Código: IESSHQ-S-AU-RG-CAC-001
		Versión: 01
<p>Por medio del presente se certifica que el Sr./Sra./Srta. :</p> <p>(Apellidos y Nombres:) <u>Carmen del Rocío Villa Escobar.</u></p> <p>con C.I. Nro.: <u>020080562-0.</u> desde (hora): <u>11:00 am</u> hasta las: <u>1:50 p.m.</u></p> <p>el día: <u>20</u> / <u>Enero</u> / <u>2020</u> asistió a consulta de <u>Endoscopia.</u></p> <p style="text-align: center;">   <b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO</b> </p>		

 <b>Hospital del IESS Quito Sur</b>	<b>CERTIFICADO DE ASISTENCIA A CONSULTA</b>	Código: IESSHQ-S-AU-RG-CAC-001
		Versión: 01
		Elaborado: 07/12/2017
		Vigencia: 07/12/2019
<p>Por medio del presente se certifica que el Sr./Sra./Srta. :</p> <p>(Apellidos y Nombres:) <u>Villa Carmen</u></p> <p>con C.I. Nro.: <u>0200805620</u> desde (hora): <u>14:50</u> hasta las: <u>15:00</u></p> <p>el día: <u>20</u> / <u>Ene</u> / <u>2020</u> asistió a consulta de <u>electrocardiograma</u></p> <p style="text-align: center;"> <b>LCDA. LESLIE HIDALGO M.</b>  <b>ENFERMERA</b> </p>		