



CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
"COMITE DEL PUEBLO"

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

QUITO a. 25 de NOV de 2021


Certifico que el/la paciente:

NOMBRES Y APELLIDOS: VASQUEZ JOSE

CEDULA DE IDENTIDAD: 1256957724

ACUDIO A CONSULTA DE: ODONTOPEDIATRIA

ATENTAMENTE:


Firma y Sello

Hora de Entrada: 9:00

Hora de Salida: 10:00