



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

CERTIFICADO MÉDICO

Unidad Médica.....

CHUFE

Servicio de.....

Emergencia

CERTIFICO Que.....

12

Sr. a

Chica Bule

Eloabeth Espanza

Apellidos y Nombres Completos

Nº Céd. Ident.....

0705638815

Nº Afiliación.....

Nº H. Clínica.....

21222

Por prescripción médica de reposo, no puede concurrir a su trabajo desde el.....

JULIO

letras

de 20

21

Hasta el

dos

de

JULIO

letras

de 20

21

Cuenca

Lugar

a

02

de

JULIO

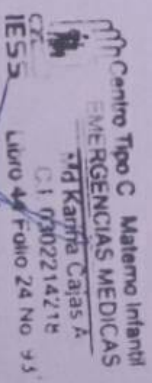
Mes

del 20

21

Año

OTC; 5030



MEDICO TRATANTE  
(Firma código y sello)

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.