



CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS  
"COMITE DEL PUEBLO"

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

QUITO a. 27 de 11 de 20 19

Certifico que el/la paciente:

NOMBRES Y APELLIDOS:

Bercoz Monica

CEDULA DE IDENTIDAD:

7. Fair

ACUDIO A CONSULTA DE:

ATENTAMENTE:

Firma y Sello

Hora de Entrada:

Hora de Salida:

13:14

13:40