

CALLE ELOY ALFARO Y AV. SAN ISIDRO  
SAN VICENTE - ECUADOR  
098 908 6612

## CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido al paciente **CALDERON NOLOSE ANA**, portador del documento de identidad N° **0120120123**, de **2 años, 3 meses** de edad, sexo **F**.

Quien presenta el siguiente diagnóstico CI-10:

savdbsfndzgmf

Contingencia: **ACCIDENTE DE TRABAJO**.

Por lo cual prescribo **1 (UNO) DÍAS DE REPOSO OBLIGATORIO**, a partir del 13 de Mayo del 2026 hasta el 13 de Mayo del 2026 (inclusive).

Se recomienda seguir estrictamente el tratamiento prescrito.

Fecha de Emisión: 13 de Mayo del 2026



Firmado electrónicamente por:  
**DR/A. HC DEMO CLI**

Validar únicamente con FirmaEC