



CERTIFICADO DE SALUD

Centro Asistencial  Consultorio

Nombre del Paciente Franco Galisaya Reyna Edad 40 Sexo F

Doc. De Identificación DNI o C.E. 40110162 Autogenerado

Tipo de Asegurado

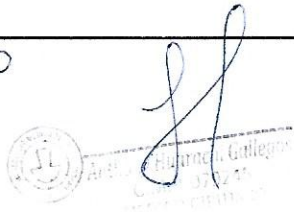
Estado de Salud Paciente Sano  Enfermo

Diagnostico: 1 COVID-19, no identificado CEI-10 U07.2  
2 \_\_\_\_\_ CEI-10 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ CEI-10 \_\_\_\_\_

Nro de Dias de Descanso Físico: 14 Del: 27/07/2020 Al: 10/08/2020

Observaciones Empresa: GORE Moquegua.  
cargo: Secretaria.

Fecha: 27/07/2020



Firma, CMP, Sello

NOTA: NO VALIDA PARA SUBSIDIOS