

## CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): TEOFILDA LLANQUECHOQUE SARUBE

Seguro N°: DNI 507853644

Atención en el consultorio de: \_\_\_\_\_



Por el Dr. (a): \_\_\_\_\_

El día: 14-07-25

Se expide la presente **CONSTANCIA DE ATENCIÓN** a la solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente.

  
  
Bryan Kokias Cruz  
Médico CIRUJANO

FIRMA Y SELLO