

**NOMBRE DEL PATRONO:**

**No. PATRONAL:**

Para uso exclusivo del I.S.S.S.	Para uso exclusivo del I.S.S.S.
N O M B R E S	F I R M A S

Firma y Sello Patronales

Nombre del que firma



Departamento de Servicios Médico-Hospitalarios  
REGISTRO DE FIRMAS  
PARA CERTIFICADOS PATRONALES DE ASISTENCIA MEDICA