

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROGRAMA IMSS-BIENESTAR
REGION I ZAMORA

ASUNTO: **CERTIFICADO MEDICO**
ENTIDAD: MICHOACAN

San Isidro, Municipio de Los Reyes, Michoacán a 17 de junio de 2024

A QUIEN CORRESPONDA:

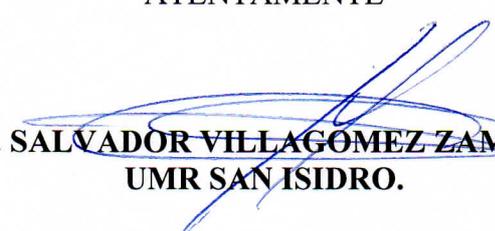
El que suscribe **Dr. Salvador Villagómez Zamora**, con Cedula Profesional **2814991**, Medico encargado de La Unidad Médica Rural San Isidro del Programa IMSS- BIENESTAR:

CERTIFICA QUE

El C. **Benito Ruiz Flores** de **61 años**, padece secuelas de fractura antigua de pierna izquierda, que le impide caminar de forma normal, por lo que requiere de **SILLA DE RUEDAS** para poder desplazarse.

Sin más por el momento se extiende el presente a petición del interesado para los fines que crea convenientes.

ATENTAMENTE


DR. SALVADOR VILLAGÓMEZ ZAMORA
UMR SAN ISIDRO.

