



5°A

## Certificado

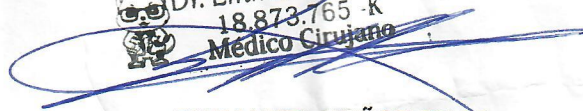
Nombre Paciente: **SOFIA CAROLINA MAUREIRA VIELMA**

Cédula de Identidad: **24600535-4**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

**1-GASTROENTERITIS AGUDA**

Se otorga el presente certificado a petición de familia para informar que paciente no se encuentra en condiciones para asistir a colegio, se indica reposo en domicilio por **5 días** a contar del día de hoy.

  
Dr. Emmanuel Muñoz  
18.873.765 -K  
Médico Cirujano

**EMMANUEL MUÑOZ SILVA**

MEDICINA GENERAL

**01 / 12 / 2025**