

IB  
HIS

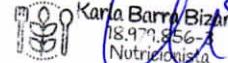
## Certificado

Nombre Paciente: **TIHARE NEVESKA GONZALEZ SEGUEL**

Cédula de Identidad: **23157885-4**

El profesional del establecimiento VILCUN HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico DE NUTRICIÓN EN HORARIO AM

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para SER PRESENTADO EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL



Karla Barra Bizama  
18.471.856-7  
Nutricionista



**KARLA BARRA BIZAMA**

NUTRICIONISTA

22 / 07 / 2024