

14 07 25  
DIA MES AÑO

1<sup>o</sup>A

Certifico haber atendido al Sr. (ta) Danielana Leonor

Zurita Geda quién presenta el  
diagnóstico de Gastroenteritis

, por lo que debe guardar reposo por 5 días, a contar del 14/07/25

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser  
presentado en Colegio Providencia

Atentamente,

DR. OSCAR NAVARRETE CABERO  
RUT: 11111111-1  
FIRMA