



DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
LAUTARO

CERTIFICADO USO PROFESIONAL

El Profesional que suscribe certifica que don (a) _____

Francisca Laureas Etori.

R.U.T. *23.331.1633* N° de ficha _____ a recibido

atención por *has finto comen.* en Posta de Salud

Rural *Vega Larga.* el día *16-4-2015*

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para

que sea presentado en: *Colonia. Puntalena.*

o los fines que estime conveniente.



TIEMPO • 45 2213168

Dr. Juan Chavez Lira
27.076.674-k
Medico Cirujano

Firma del Profesional

Lautaro, *16* de *4* del 20 *2015*