



CERTIFICADO DE ATENCIÓN

EL PROFESIONAL QUE SUSCRIBE CERTIFICA

HABER ATENDIDO A: *Señor Venegas Del Valle*

CON EL SIGUIENTE DIAGNOSTICO: *Control de Salud*

HORA Y FECHA DE LA ATENCIÓN: *31/10/23* *9:30 AM*

DOY EL PRESENTE CERTIFICADO A PEDIDO DEL INTERESADO

Carlos Navarrete
Médico Cirujano
316.376-3

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

CONCEPCIÓN, *3* DE *10* 2023