

CERTIFICADO DE CONSULTA MÉDICA

El médico que suscribe certifica que don(ña) Analiz Castillo
Castillo RUN: 22856605-3 asistió el día 15/4
al Centro de Salud Posto Alegandato

El presente certificado es extendido por el interesado para ser presentado en colegio
Providencia

Nombre y firma profesional

Felipe Gutiérrez Duarte



CIRUJANO DENTISTA

13.669.266-6

La Serena: 15/4/25