



### **CERTIFICADO DE ATENCIÓN**

Certifico que el paciente ..... **Araceli TAPIA Rojas** .....  
RUT ..... **22.319.881-3** ..... fue atendido (a) en la sala de Toma de  
Muestras de Clínica Elqui, el día ..... **23/05/24** ..... entre  
las ..... **7:30** ..... y las ..... **12:30** ..... hrs.

Se extiende el presente Certificado a petición del paciente, para  
ser presentado en ..... **Collegio Providencia** .....

PATRICIA PÉREZ SERRA  
R.U.T: 12.770.500-5  
MATRONA  
TOMA DE MUESTRA  
CLÍNICA ELQUI