

4P A

MUNICIPALIDAD DE VICUÑA  
DEPARTAMENTO DE SALUD VICUÑA



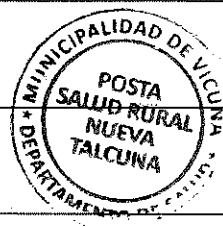
## CERTIFICADO

Por medio del presente, el profesional que suscribe certifica haber atendido a :

Nombre: Eanis Espino Salinas

Edad: 18a Posta Salud Rural: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Estado grupal



Indicaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se extiende el presente Certificado, a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

VICUÑA, 31 de Agosto del 2023.

JUAN ALVARO CARRIZAL  
AUXILIAR PARAMEDICO  
Ref. 7.877.104 - 2

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL