

CERTIFICADO

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

Nombre: Ana Lía Acuña Vargas

Edad: 14 Posta Salud Rural: Mayo 15

Diagnóstico: Asiste a control
en Posto

Indicaciones: repose trabajo

Se extiende el presente Certificado, a petición del interesado para los fines que estén convenientes.

VICUÑA, 27 de 10 del 2025



NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL