

CERTIFICADO

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

Nombre: Analia Acuña Vargas

Edad: 14 Posta Salud Rural: Margues

Diagnóstico: Asisto a control
en Posto

Indicaciones: reposo x 1 mes

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

VICUÑA, 27 de 10 del 2025



NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL