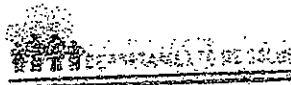


MUNICIPALIDAD DE VICUÑA
DEPARTAMENTO DE SALUD VICUÑA



CERTIFICADO

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

Nombre: Heide Rojas Pizarro

Edad: 150 Posta Salud Rural: _____

Diagnóstico: Virus respiratorio

Indicaciones: _____

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

VICUÑA, 2 de octubre del 2023

JUAN ALVARO PARRA
AUXILIAR PARAMÉDICO
C.R. 1.71.101-2

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

(())