

3-E



CERTIFICADO DE REPOSO

El Profesional que suscribe, certifica que el (la) paciente: _____

Elena Guerrero Kubota

fue atendido (a) el día 27 / 08 / 24.

Días de reposo: (4)

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para ser presentado en

Colegio Prociencia

Dra. Lina Aurora P.
Médico Cirujano
RUT 22972529-0
[Signature]

Firma