

## CERTIFICADO

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

Nombre : Romina Zepeda Ordóñez

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

Diagnóstico : obs colitis obstruivive



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

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

VICUÑA, 22 de Agosto del 2024

JUAN ALIAGA CARVAJAL  
AUXILIAR PARAMEDICO  
Rut. 7.677.164-2

*[Handwritten signature of Juan Aliaga Carvajal]*  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL