

CERTIFICADO

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

No. de: Franusce Aguirre Rivera

Edad: 17 ó, Posta Salud Rural: Ruaclovia

Diagnóstico: control monona

Indicaciones: _____

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

VICUÑA, 04 de noviembre del 2025.

