

RED DE SALUD MUNICIPAL
PROVIDENCIA

Fuera de Plazo

04 JUL 2017

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Certifico que Don (a) _____

Joviero Garrido Me.

Ha concurrido al Centro de Salud a: _____

Dental

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

V. de Chile

SANTIAGO, _____

08/06/17

FIRMA DEL PROFESIONAL
CENTRO DE SALUD
LENG

Viviana Toro
Ibacache.

Morfofisiología I.