



Certifico que el Sr/a: **SALINAS RODOLFO** DNI: **35885820**

Ingreso a esta institución el día **29/11/2022**.

Fue intervenida en esta institución el día: **30/12/2022**.

Realizándosele una cirugía de manga gástrica, con alta institucional el día: **02/12 /2022**.

Con indicación de reposo Laboral por 30 días a partir del **02/12/2022**.

Fernando D. Barros Escobedo
MÉDICO
M.P. Neuquén 8408