



Certifico que el Sr/a: **PALMA PABLO** DNI: **30.226.880**  
Ingreso a esta institución el día **12/07/2023**.  
Fue intervenida en esta institución el día **13/07/2023**.  
Realizándosele una cirugía de manga gástrica, con alta institucional el día  
**14/07/2023**.  
Con indicación de reposo laboral por **30 días** a partir del **14/07/2023**.

Ricardo A. Torres  
MÉDICO  
M.P. Neuquén 8370