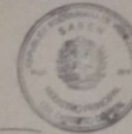




Dra . Cecilia Garcia Arocha  
Rector (a)



Hago saber:

Que:

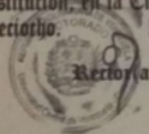
**Geraldine Carolina Rodríguez**

Titular de la cedula de identidad N- V- 17.132.824 cumplió con todos los requisitos exigidos por las leyes, por lo cual en nombre de la República y por autoridad de la ley, le confiero el título de:

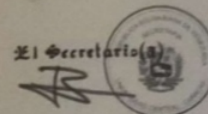
**Médica Cirujana**

Tómese Razón de este Diploma en la Secretaría de esta Universidad y reconózcanse en toda la República los derechos inherentes a este título.

En fe de lo cual firma el presente Diploma en unión del Secretario(a), el (la) Decano(a) de la Facultad respectiva, y dos profesores de esta institución, en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los 10 días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho. Años 208 y 159.



Profesor(a)

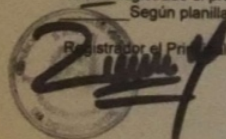


Profesor(a)

Oficina principal de Registro Público

Ccs 16 de 12 de 2018  
Años 208 y 159

Quedo registrado bajo el N. 217  
Folio 24 Tomo 77 Trimestre 4to  
Año 2018 Derecho de Reg. Bs  
Ha sido registrado el presente título  
Según planilla N 9529



Inscrito en el folio 112 del libro Respectivo