



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

CERTIFICADO DE ALTA DE SEGUIMIENTO

Por el presente se certifica el **ALTA DE SEGUIMIENTO MEDICO** de el/la sr/a

con D.N.I. _____ según condiciones clínicas y de Protocolo vigente, a partir
de la fecha:

**DESDE LA EXTENSION DEL PRESENTE CERTIFICADO, DEBE CONTINUAR CON
EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO ESTABLECIDO
POR DECRETO PRESIDENCIAL 297/2020.- -**

