



**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN**  
**EN EL REGISTRO NACIONAL**  
**DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD**

Certifico que en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud que mantiene esta Superintendencia de Salud, en la forma prevista y por los medios informáticos dispuestos por el Reglamento de los registros de Prestadores Individuales de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 16, de 2007, del Ministerio de Salud, figura, bajo el N° 38648, la siguiente inscripción:

Fecha de registro: 21/04/2009  
RUT: 14171109-1  
Nombre Completo: Raúl Manuel De La Fuente Espinoza  
Sexo: Masculino  
Nacionalidad: Chilena  
Fecha nacimiento: 15/10/1980

**Orden Profesional:**

**- Médico Cirujano:**

Posee título de Médico Cirujano otorgado por la Universidad de Chile emitido el 03/01/2006

**Especialidad Certificada:**

**- Dermatología:**

Posee título de especialista en Dermatología otorgado por la Universidad de Chile, emitido con fecha 18/05/2021.

Otorgado en Santiago, con fecha 05 de Septiembre de 2023



**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

Si ud. desea verificar este certificado, consulte **Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud** en [rnp.superdesalud.gob.cl](http://rnp.superdesalud.gob.cl) o ingresando el código en [emisorcertificados.supersalud.gob.cl/ValidacionCertificados/](http://emisorcertificados.supersalud.gob.cl/ValidacionCertificados/)