



Certificado

Nombre Paciente: **ALEJANDRA SAN MARTIN SALGADO**

Cédula de Identidad: **23306853-5**

El profesional del establecimiento COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico:

POR TRATAMIENTO EN FOTOTERAPIA, COMPLETANDO LA SESION N° 8 DE 60, EN HORARIO DE LAS 09:10 HRS.

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para los fines que éste estime conveniente.

Aracelly Delgado Jaramillo
19.123.965-2
Tene

ARACELLY DANIXA DELGADO JARAMILLO

PROCEDIMIENTO

10 / 07 / 2025