



3°A 09:47

## Certificado

Nombre Paciente: **CAROLINA VICTORIA ESCALONA PEÑA**

Cédula de Identidad: **23405316-7**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

HOY CONTROL MEDICO.

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

**ZAIDA LAMILLA CANALES**

MEDICINA GENERAL

25 / 08 / 2025