

5º A.

Certificado

Nombre Paciente: **JOSEFA LEXIA BELEN AEDO VASQUEZ**

Cédula de Identidad: **24791018-2**

El profesional del establecimiento CECOSF PILLALELBUN, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

ATENCION PROGRAMA CERO DENTAL

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



14 / 05 / 2025