

3<sup>e</sup> B.

## Certificado

Nombre Paciente: **SAMANTHA ALEGRIA HERRERA LEAL**

Cédula de Identidad: **60867597-3**

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

Faringoamigdalitis viral

se indica reposo hasta el 08/05/2022

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



04 / 05 / 2022