

WLB



## Certificado

Nombre Paciente: **DAMARYS SELENA ARANEDA INOSTROZA**

Cédula de Identidad: **22205133-9**

El profesional del establecimiento PITRUFQUEN HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

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

**PILAR CASTILLO RAMIREZ**

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

23 / 09 / 2024