



4º A.

## Certificado

Nombre Paciente: **AMPARO PASCALE MORALES JARA**

Cédula de Identidad: **25083040-8**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar: atención dental, procedimiento de extracción diente 2.4

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

  
**MAUREEN REUSE STAUB**  
ODONTOLOGÍA

14 / 04 / 2025