



(1) A.

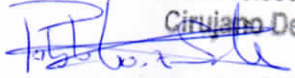
Certificado

Nombre Paciente: **DOMYNICK AINARA ANIÑIR FIGUEROA**

Cédula de Identidad: **25207599-2**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por encontrarse bajo tratamiento de programa CERO odontológico.

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

Dr. Pablo González Salgueiro
R.U.T: 19.035.156 - 4
Cirujano Dentista

PABLO GONZALEZ SALGUEIRO

ODONTOLOGIA GENERAL

23 / 07 / 2024