

3-B.



## Certificado

Nombre Paciente: **MADELEY AGUSTINA REYMAN ESPINOZA**

Cédula de Identidad: **25685393-0**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., 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.

  
**MAUREEN REUSE STAUB**  
ODONTOPEDIATRIA

17 / 03 / 2025