



3º-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.

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue circle. The signature reads 'MAUREEN REUSE STAUB'. Below the signature, the text 'ODONTOLOGÍA' is written in capital letters.

17 / 03 / 2025