



2ºA 04/08
09:43

Certificado

Nombre Paciente: **EMA LEONOR FLORES BARDEHLE**

Cédula de Identidad: **26074395-3**

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

04 / 08 / 2025