



II^{da}
09:20

Certificado

Nombre Paciente: **PAZ MELGAREJO SALINAS**

Cédula de Identidad: **23268859-9**

El profesional del establecimiento COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido el día 18/08/25 a las 08:45

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


CAMILA PATRICIA MUÑOZ ACUÑA

PSICOLOGÍA

18 / 08 / 2025