



II^oA

Certificado

Nombre Paciente: **ALEJANDRA SAN MARTIN SALGADO**

Cédula de Identidad: **23306853-5**

El profesional del establecimiento COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por:

TRATAMIENTO DE FOTOTERAPIA SESION N° 11 DE 60. HORARIO A LAS 09:00 HRS APROX.

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

Aracelly Delgado Jaramillo



19.123.965-2
Tens

[Handwritten signature]

ARACELLY DANIXA DELGADO JARAMILLO

PROCEDIMIENTO

24 / 07 / 2025