



Dop

## Certificado

Nombre Paciente: **ALEJANDRA SAN MARTIN SALGADO**

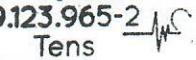
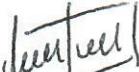
Cédula de Identidad: **23306853-5**

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 

**ARACELLY DANIXA DELGADO JARAMILLO**

PROCEDIMIENTO

24 / 07 / 2025