

5°A.



## Certificado

Nombre Paciente: **JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR**

Cédula de Identidad: **24650115-7**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

CARIES

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

  
**PEDRO CUEVAS CASTRO** Rut: 6.033.353-K  
Cirujano Dentista  
ODONTOPEDIATRIA

19 / 03 / 2025