

III-A.

## Certificado

Nombre Paciente: **NORMA CELESTE RAIN QUIDEL**

Cédula de Identidad: **22141136-6**

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

ANOMALIA DENTARIA

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

*Karina Devia Cutiño*  
Ortodoncista K  
14.097.417-K

**KARINA DEVIA CUTIÑO**

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

25 / 07 / 2022