



3^{er} A
12:03

Certificado

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

Cédula de Identidad: **24650115-7**

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

ADOLESCENTE CON OBESIDAD TALLA NORMAL CONSTIPACION

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

LESLIE ANDERSON MERINO

PEDIATRIA

30 / 04 / 2025