

IV°A

## Certificado

Nombre Paciente: **CATALINA IGNACIA GOMEZ MANRIQUEZ**

Cédula de Identidad: **22689922-7**

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

**APIÑAMIENTO**

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

  
**PEDRO OSCAR RENE GUTIERREZ MORAGA**

**ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL**

01 / 09 / 2025