



El Medico que suscribe, certifica haber atendido a:

..... *SA MONTANA TORRES BRIONES*

Rut: *24.104.905-1*, con el siguiente diagnóstico:

stercion Dental

MUNICIPALIDAD DE CONCEPCIÓN
CLINICA DENTAL
CESFAM Pedro de Valdivia

..... Doy el presente certificado a pedido del interesado

Dra. Gladys Alvarado Saavedra

Cirujano Dentista

RUT: 17.613.419-4

Nombre y Firma del Médico

Concepción, *2* de *8* 2023