

CERTIFICADO

Quien suscribe, certifica que Don (ña)

Sofía Asondon Aguirre

Concurrió al Policlínico **SERVICIO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS, ORTODONCIA** con

Fecha: *23/3/23*

Se extiende este **CERTIFICADO**, a petición del interesado para ser presentado en *el Colegio*.

Dra. Sara Cabezas Sepúlveda

15.326.560-7

ORTODONCISTA

Universidad de Chile



FIRMA RESPONSABLE