



CERTIFICADO

Quien suscribe, certifica que Don (ña).....SOLIA OSSANDON AQUILA.....

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

Fecha: 22-05-23

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

Dra. Sara Cabezas Sepúlveda

15.326.560-7

ORTODONCISTA

Universidad de Chile

FIRMA RESPONSABLE