

CARTA DE REFERENCIA PROFESIONAL

Ciudad Barquisimeto, Fecha: 26/08/25

**A quien pueda interesar:**

Por medio de la presente, yo, Andreina Asuaje, titular de la Cédula de Identidad N° 19.726.260, con Matrícula del Colegio de Odontólogos de Venezuela (COV) N° 32.118 y Registro del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) N° 32058, hago constar que conozco y he trabajado con el técnico dental Fabiola Adams Cárdenas, titular de la Cédula de Identidad N° 25.688.419 residiendo en Urbanización Terrazas de La Enseñada casa 41322, y con número telefónico 0424-5527333

El referido ha prestado sus servicios como técnico dental durante un período de al menos cinco (5) años. Durante este tiempo, he podido dar fe de su excelencia profesional, dedicación y conocimiento técnico en la elaboración de Prótesis dentales.

Asumo la total responsabilidad de la veracidad de la información aquí suministrada, la cual puede ser verificada por cualquier entidad que lo amerite.

Sin más a que hacer referencia, me despido.

Atentamente,

*Andreina Asuaje*

Firma y Sello

*Dra. Andreina V. Asuaje*

ODONTÓLOGO

RIF: V-19726260-1

M.P.P.S: 32.058 C.O.V: 32.118

C.I. N° 19.726.260

COV N° 32.118

MPPS N° 32058

Teléfono Celular: 0424-3677435

CARTA DE REFERENCIA PROFESIONAL

Ciudad Barquisimeto, Fecha: 26/08/25

**A quien pueda interesar:**

Por medio de la presente, yo, Daniela Escalona, titular de la Cédula de Identidad N° 22.194.628 con Matrícula del Colegio de Odontólogos de Venezuela (COV) N° 38556 y Registro del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) N° 39757, hago constar que conozco y he trabajado con el técnico dental Fabiola Adams, titular de la Cédula de Identidad N° 25688419 residenciado en Urb. Terrazas de la Ensenada Casa 4B22, y con número telefónico 04245527333

El referido ha prestado sus servicios como técnico dental durante un período de al menos cinco (5) años. Durante este tiempo, he podido dar fe de su excelencia profesional, dedicación y conocimiento técnico en la elaboración de Protésis dentales.

Asumo la total responsabilidad de la veracidad de la información aquí suministrada, la cual puede ser verificada por cualquier entidad que lo amerite.

Sin más a que hacer referencia, me despido.

Atentamente,



Firma y Sello

Daniela Escalona  
22194628



C.I. N° 22194628

COV N° 38556

MPPS N° 39757

Teléfono Celular: 04145450336



DANIELA ESCALONA  
DENTAL CLINIC, C.A.

RIF J-8948255-1