Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO

MANUAL DE REGISTROS

FORMATO CERTIFICADO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO

Código:PA-ME-FO-028
Fecha:2024-04-24
Versión:,00
Página: 1 de 1

Fecha: 03 02 2026

Yo, **LINDA JOHANA VALENCIA CORTES** con cedula de ciudadanía No. **1006847141** de la ciudad de **PUERTO ASIS/PUTUMAYO** , Obrando en mi propio nombre certifico que recibí atención en **URGENCIAS CONSULTORIOS** de la **HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO** .

Firma

Nombre: LINDA JOHANA VALENCIA CORTES

Dirección: URB BARRIO RECREO

Teléfono: 3208847075

Servicio Prestado: URGENCIAS

#13