Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO Tu salud, nuestro compromiso	MANUAL DE REGISTROS	Código:PA-ME-FO-028
	FORMATO CERTIFICADO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO	Fecha:2024-04-24
		Versión:,00
		Página: 1 de 1

Fecha: 21 | 07 | 2026

Yo, **DIANA GABRIELA PINEDA ARREDONDO** con cedula de ciudadanía No. **1062293555** de la ciudad de **SANTANDER DE QUILICHAO** , Obrando en mi propio nombre certifico que recibí atención en **URGENCIA CONSULTORIO** de la **HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO** .

Firma Diana Gabriela Pineda

Nombre: DIANA GABRIELA PINEDA ARREDONDO

Dirección: URB VILLA PAZ UNO

Teléfono: 3212180072

Servicio Prestado: URGENCIAS