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: 11 05 2026

Yo, **MARIA DEL CARMEN JIMENEZ TRIANA** con cedula de ciudadanía No. **26623377** de la ciudad de **PUERTO RICO** , Obrando en mi propio nombre certifico que recibi atención en **URGENCIA CONSULTORIO** de la **HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO** .

Firma Maria Jimenez

Nombre: MARIA DEL CARMEN JIMENEZ TRIANA

Dirección: VEREDA PEDREGAL CRG CHILLURCO

Teléfono: 3214830416

Servicio Prestado: URGENCIAS