

	MANUAL DE REGISTROS	 Código: Fecha: Versión: Página: 1 de 1
	FORMATO CERTIFICADO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO	

Fecha: 16 05 2025

Yo, **LILIANA RICO** con cedula de ciudadanía No. **33084145** de la ciudad de **GALERA SUCRE** , como acudiente de: **JOSE RICARDO JIMENEZ PEREZ** certifico que recibi atención en **Consulta externa** de la **CLINICA UROS S.A.S** .



Firma
Nombre: LILIANA RICO
Dirección: CALLE 51 No 1-81 CANDIDO
Teléfono: 3217558945
Servicio Prestado:

¡Servimos con el Alma!
Carrera 6 No. 16 - 35 Quirinal **PBX:** (+57) **Call center:** (+57) 8725400
Correo Institucional: servicioalcliente@clinicauros.com
Facebook: Clínica Uros SA Neiva **Instagram:** @clinicauros
www.clinicauros.com
NEIVA - HUILA