CLÍNICA UROS Servimos con el Alma	**MANUAL DE REGISTROS**	
	FORMATO CERTIFICADO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO	**Código:**
		Fecha:
		Versión:
		Página: 1 de 1

Fecha: 17 07 2025

Yo, ADRIANA PAOLA ESCOBAR AVILA con cedula de ciudadanía No. **1131075264** de la ciudad de **ALBANIA** , Obrando en mi propio nombre certifico que recibí atención en **Consulta externa** de la **CLINICA UROS S.A.S** .



Firma
Nombre: ADRIANA PAOLA ESCOBAR AVILA
Dirección: KR 31 #51-87 TORRE 9 APTO 905
Teléfono:
Servicio Prestado: