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

Fecha: 30 05 2025

Yo, **MAYERLY LEMUS MEDINA** con cedula de ciudadanía No. **1081408992** de la ciudad de **LA PLATA** , Obrando en mi propio nombre certifico que recibi atención en **Consulta externa** de la **CLINICA UROS S.A.S** .

Firma
Nombre: MAYERLY LEMUS MEDINA
Dirección: CL 19 C 50-74 JARDÍN, NEIVA
Teléfono:
Servicio Prestado: