

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

Fecha: 13 06 2025

Yo, **RAMIRO CHAVES** con cedula de ciudadanía No. **83221788** de la ciudad de **BARAYA HUILA** , como acudiente de: **AIDE HUERGO GOMEZ** certifico que recibí atención en **Consulta externa** de la **CLINICA UROS S.A.S** .



Firma
Nombre: RAMIRO CHAVES
Dirección: CARRERA 1 NO. 50-74
Teléfono: 3115033529
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