



COMPROBANTE DE SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN

Nombre de Paciente:	
Numero de Ingreso:	
Entidad Responsable del Pago – EPR	
Fecha de Ingreso:	
Fecha de Salida:	

Por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido a entera satisfacción con calidad de los servicios prestados por **FUNCONTES – I.P.S. SAN VICENTE**, dentro del periodo aquí consignado con fecha de ingreso y egreso de este centro asistencial; por consiguiente, este documento hace parte integral de la factura y/o facturas que se generen como producto de mi atención asistencial

Lo anterior de conformidad al numeral No.8 del Anexo Tecnico No.5 de la Resolución 3047/2008.

Firma Usuario(a) o Acudiente:		HUELLA
No. De identificación:		