|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ACTA DE RECIBIDO - SESIONES DE REHABILITACIÓN** | Código: PA-F-13 |
| Fecha: 01-04-2020 |
| Versión: 1 |
| Página: 1 de 1 |

Señores

Fundación CINDA

Ciudad

Por medio de la presente yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con CC No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y en representación del usuario: ${nombre\_nino}, certifico haber recibido a satisfacción y en su totalidad las sesiones de rehabilitación auditiva integral correspondientes al mes de ${mes} del año ${ano}. Dicho servicio fue autorizado por la entidad prestadora de salud ${eps}

NOMBRE DEL USUARIO: ${nombre\_nino}

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: ${tipo\_id} - ${num\_id}

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE RECIBIDO**

**NOMBRE DE QUIEN FIRMA:**

**IDENTIFICACIÓN:**

**PARENTESCO DEL MENOR (SI APLICA):**

**TELÉFONO Y CIUDAD:**