Que el usuario con numero identificación Asistió a consulta / terapia con el profesional el día a las (HORA INGRESO) hasta las (HORA SALIDA)

**OBSERVACIONES:**

**NOTA**: este documento es válido solo con el sello y firma original de la institución

**Carrera 43ª No. 5ª – 30, B// Tequendama**

**Teléfono: 387 67 80**

**E- mail: administrativo@aficenter.com.co**

Firma y sello de la institución

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMATO**  **Aficenter Certifica:** | **FO-GM-AD-09**  **Nov 2018**  **Versión No. 01** |

