



**CERTIFICACIÓN DE SERVICIO O COMPROBANTE DE
RECIBIDO DEL USUARIO**

GESTIÓN COMERCIAL Y MERCADEO

FR - CM - 04/V:01

PACIENTE: Eimy Pineda FACTURA: *****

HISTORIA CLINICA: 1072193462

FECHA DE INGRESO: 16/11/2024 FECHA DE EGRESO: 19/11/2024

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: Seguros del estado

Por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido a entera satisfacción y con calidad los servicios prestados por la FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, 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 a la Resolución 3047 de 2008 anexo técnico 5.

En constancia de aprobación de lo anterior, se firma a los 19 días del mes de Noviembre de 2024.

FIRMA USUARIO (A) O
ACUDIENTE: Vanessa Martinez

PARENTESCO: Mamá

No. De Identificación: 1072193458