

	REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL ESPECIALIZADA		PROCESO ASISTENCIAL
	FORMATO DE CONTROL DE ASISTENCIA		Código: F004.2 Versión:08 Mayo 21 de 2020
Usuario:	JUAN DIEGO GONZALEZ SANCHEZ	No. Identificación	1.028.944.409
Convenio:	SANITAS	Mes y año:	ABRIL DE 2022

**ACEPTACIÓN DE TERAPIA**

Yo LUISA MARIA SANCHEZ PACHON, identificado con C.C. No. 1015399405, actuando en nombre propio o como representante legal de JUAN DIEGO GONZALEZ SANCHEZ, menor de edad con el número de identificación 1028944409, doy fe de que RIIE CENTRO DE TERAPIAS me ha brindado a mí o a mi representado las terapias relacionadas, en el mes de ABRIL DE 2022 y se me han dado las retroalimentaciones, recomendaciones y la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la prestación del servicio, por lo que he recibido la información y las terapias a satisfacción.

RESUMEN DE TERAPIAS TOMADAS			JUAN DIEGO GONZALEZ SANCHEZ
PSICOLOGIA FAMILIAR		NOMBRE DEL ACUDIENTE	
1/04/2022	1	LUISA MARIA SANCHEZ PACHON	
5/04/2022	1	LUISA MARIA SANCHEZ PACHON	
8/04/2022	1	LUISA MARIA SANCHEZ PACHON	
19/04/2022	1	LUISA MARIA SANCHEZ PACHON	
Total PSICOLOGIA FAMILIAR	4		