

SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD

NIT. 813005431-3

COMPROBANTE PRESTACION DE SERVICIOS

PACIENTE: _____

TIPO DE DOCUMENTO: MS___ RC___ TI___ CC___ NÚMERO: _____

FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE EGRESO: _____

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: _____

Por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido los servicios prestados por la SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A., dentro del período aquí consignado con fecha de ingreso y egreso de este centro asistencial; igualmente confiero autorización especial al representante legal de la CLINICA para que por vía de excepción y en mi nombre, firma y radique la factura originada por prestación de servicios de salud que esta IPS me ofreció con cargo a

Lo anterior de conformidad al Decreto 4747 de 2007.

Firma de Usuario (a) o Acudiente: _____

Nombre y apellidos: _____

No. de identificación: _____ Teléfono: _____