

Emssanar
SAS

NOS CONECTAMOS

contigo

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS EPS EMSSANAR SAS
MRC - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes

La EPS EMSSANAR SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 35696525
Apellidos:	FIGUEROA SOTO
Nombres:	MARIA GLADYS
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	MRC - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Estado de afiliación:	Activo
Estado de servicio:	Activo
Fecha de Afiliación:	01/05/2021
Departamento de Afiliación:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Afiliación:	CALI
IPS Primaria:	COOEMSSANAR IPS LTDA - COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD - SERVICIOS II NIVEL - TEQUENDAMA KR 44 - CALI (VALLE)
Zona:	Urbana

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multifiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 28 de Diciembre de 2021 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Gestor Administrativo Puesto:

Nombre y Apellido: [Firma]

Fecha:

Lugar:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

Atención al afiliado:

Nombre y Apellido: [Firma]

Fecha:

Lugar:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

Relaciones IM:

Nombre y Apellido: [Firma]

Fecha:

Lugar:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT:

OT: