ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

rmación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1021314754
NOMBRES	NICOL CAMILA
APELLIDOS	CELIS RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

os de afiliación :

STADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
CTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

echa de presión: 04/20/2023 12:30:13 | **Estación de origen:** 2801:12:c800:2070::1

formación registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de

ecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la
en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el
men Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece
rmino de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se
a que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

sponsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el
te oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de
PS, EOC y EPS-S.

información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al o legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Powered by CamScanner

FORMATO DE INSCRIPCIÓN
JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA - CENTRO INTERÉS NATACIÓN
IED MONTEBELLO

APELLIDOS Y NOMBRES (ESTUDIANTE) : Nicol Camila Celis		
EDAD: 15	**CURSO:** 801	**JORNADA (AM / PM):** AM
EPS: Salud Total		

DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE:

Nota: (Importante notificar antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar.)

- Transplante de medula, sin ninguna indicación medica.

APELLIDOS Y NOMBRES (ACUDIENTE): Diana Rodriguez	
NUMERO DE CONTACTO:	**CORREO ELECTRÓNICO (ACUDIENTE):** dguarisa32@gmail.com

Celis Nicol
FIRMA DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTE

Diana Rodriguez
FIRMA DE INSCRIPCIÓN ACUDIENTE

Powered by CamScanner