CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MARIA JULIETA RAMIREZ LOPEZ identificado(a) con CC 33965686 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 06/09/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA SANTA ROSA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes 9 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACION

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																
PRIMER APELLIDO: Ramirez	SEGUNDO APELLIDO: lopez	PRIMER NOMBRE: Maria	SEGUNDO NOMBRE: Julieta													
7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	C.D.	P.E.	P.T.	8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 33965686						9. SEXO BIOLÓGICO	F	M
			X														
SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA: 29	MES: 5	AÑO: 83	PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia				11. NACIONALIDAD: Colombia				
	X																

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (CN) (MS) (RC) (TI) (CC) (CE) (SC) (PA) (CD) (PE) (AS) (PT)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
Sauna Rosa	Risaralda	CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3135622968		7022	7022

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD									41.Número documento de identidad	DV	42.Tipo de aportante o pagador de pensiones
	N.I.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	P.A.	C.D.	P.E.	P.T.			
Maria J Ramirez			X							33965686		Independiente

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 12 #17-24	Sauna Rosa	Risaralda	

TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO (EXT)	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
3135622968			6	9	24	Independiente		1300000

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner