COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**TAPASCO REYES ARNEY ANTONIO**
Identificación:	**CC: 15927745**
Tipo Cotizante:	**Independiente**
Aportante:	**ARNEY ANTONIO TAPASCO REYES**
Municipio:	**SUPIA**
IPS Asignada:	**HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA ESE - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2017-05-15**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2022-03-01**
Discapacidad:	**Ninguna**
Tipo Afiliación:	**Por Formulario Res. 974 de 2016**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.700**

Observación :

Dada el martes, 12 de agosto de 2025

Cordialmente

MARIA YONEIDA MOLANO