**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS EPS delagente**
**Régimen Contributivo**

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

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de identificación: | CC 1144036338 |
| Apellidos: | TORO GONZALEZ |
| Nombres: | JUAN SEBASTIAN |
| Tipo de discapacidad: | Ninguna |
| Plan de salud: | Régimen Contributivo |
| Tipo de afiliado: | Cabeza de familia/Cotizante |
| Tipo de trabajador: | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| Estado de servicio: | Vigente PCE |
| Fecha de Afiliación: | 01/02/2024 |
| Departamento de Afiliación: | VALLE DEL CAUCA |
| Municipio de Afiliación: | CALI |
| Zona: | Rural - Dispersal |

**IPS de atención de primer nivel**

| IPS | Direccion | Servicio |
|---|---|---|
| CISVIDA | CALLE 5D No. 38A - 35 TORRE 2 PISO 4 | MEDICINA GENERAL |

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artìculo 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 2 de Julio de 2026 a solicitud del interesado.

**Coordinación Base de Datos**
**EPS delagente**
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.

Generado por: Sitio público