CERTIFICA

Que revisado el sistema de Información AMISALUD de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaria de Salud Municipal con corte al \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_, se encontró al beneficiario que a continuación se relaciona con la siguiente información:

Información Básica del Afiliado:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Documento |  |
| Numero de Documento |  |
| Apellido(s) |  |
| Nombre(s) |  |
| Fecha de Nacimiento |  |

Información de la Afiliación:

|  |  |
| --- | --- |
| Estado de Afiliación |  |
| Tipo de régimen |  |
| Tipo de Afiliación |  |
| Entidad de Salud |  |
| Fecha última novedad |  |
| Ficha SISBEN |  |
| Nivel del SISBEN |  |

Nota: Si al verificar la información se encuentra algún tipo de inconsistencia sobre su afiliación se debe informar a la entidad para iniciar el proceso de validación.

Se expide en la ciudad de Ibagué, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Generado de forma automática por el sistema de información de Amisalud