

Powered By MEDICONTROL

Boleta de Remisión No. 18

Fecha: 27 de Septiembre de 2021



USUARIO

TIPO DE DOCUMENTO: RC **No. DE DOCUMENTO:** 1090403376

NOMBRE(S): NATALI **APELLIDO(S): VELASQUEZ** SEXO: F **EDAD**: 4 **TELEFONO:** 2147483647

DIRECCION: CALLE 5 13E-05 OF. 104 COLSAG **BARRIO**: 28 DE FEBRERO

TIPO DE REGIMEN: SUBSIADIADO TIPO DE POBLACION: Creador o Gestor Cultural ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL PLAN DE BENEFICIOS EAPB: COMFAORIENTE

Nombre del Acudiente (si es diferente al usuario): slfkmñlgañgal

Cedula del acudiente: 1316310

GENERALIDADES DE LA REMISIÓN

DOCTORA:

Almanury Pérez Contreras **GERENTE: COMFAORIENTE**

Cúcuta

Me permito Remitir a este usuario (a) ya que no se le ha prestado la atención necesaria. El día 2021-09-27, (la) usuario (a) manifiestó requerir Afiliación. Con el siguiente detalle: Necesito solucion a mi problema.

Por tal razón agradezco hacer efectiva la intervención de la oficina que usted dirige y garantizar el derecho a la salud.

Por favor comunicar de lo actuado al correo electrónico saludcucuta.sac@gmail.com y pasocucuta@gmail.com citando el nombre del usuario.

Firma del Us	suario:	
C.C		Nombre y cargo del Funcionario de la SSM
		vectó: NATALI VELASQUEZ MENDOZA - CALLE 5 13E-05 BARRIO COLSAG s Hernández Peñaloza - Subsecretario de Aseguramiento y Control en Salud

Dirección Palacio Municipal: Calle 11 #5-59 / PBX 5833939 / Cúcuta - Colombia www.cucuta-nortedesantander.gov.co

Correo E. pgr@medicontrolsas.com