



## ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS AUTORIZADOS POR COBERTURA PÓLIZA SOAT

SOAT				DIA	MES	AÑO
				24	2	2020
<b>I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO</b>						
<b>T. Identificación</b>	<b>N° Documento</b>	<b>SOAT</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Nombres</b>	
CC	63444589		PINTO	APARICIO	LIBIA	
<b>II. ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO O MEDICAMENTO</b>						
<b>Actividad, Intervención, Procedimiento o Medicamento Cobertura Póliza SOAT)</b>						
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL, CITA PRIORITARIA						
Observaciones:						
<b>Nombre del Funcionario que Autoriza:</b>  YANETH PORTALA POSADA  <b>Cargo:</b> Medico Auditor  <b>Firmado electrónicamente</b>  <b>Fecha:</b> 25/02/2020				<b>Nombre del Solicitante del Servicio:</b> <b>No. Identificación</b>          <b>Firma</b>  <b>Fecha:</b>		