



CONSULTA DE COBERTURA DE SALUD

Ingrese los datos solicitados

Número de documento de Identificación: XXXX [input field]

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud: 24-11-2021 [calendar icon]

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

Código Verificación

Por favor introduzca el código de verificación que se muestra en la imagen

Consultar Nueva consulta

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de consulta: 24-11-2021 11:11

Fecha Nacimiento: 29/05/2012 Edad: 9

IESS, ISSFA, ISSPOL

Seguro	Tipo de seguro	Mensaje	Registro de Cobertura de Atención de Salud
IESS	Servicio no disponible	Servicio no disponible	Si registra cobertura
ISSFA	No registra cobertura	CEDULA O PASAPORTE NO REGISTRADO	No registra cobertura
ISSPOL	No registra cobertura. Ciudadano no encontrado	NO	No registra cobertura

\* La información Histórica reflejada corresponde a datos desde Junio 2010

RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

NO EXISTEN RESULTADOS PARA LOS PARÁMETROS INGRESADOS