MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

NUMERO INFORME **Fecha:** **Hora:**

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre

NIT / CC — Número — DV

Código **Dirección prestador:**

Teléfono: indicativo número **Departamento:** **Municipio:**

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) **CODIGO:**

Tipo de inconsistencia

- El usuario no existe en la base de datos
- Los datos del usuario no corresponden con los del documento de identificación presentado

DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadanía
- Cédula de extranjería
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual: **Teléfono:**

Departamento: **Municipio:**

Cobertura en salud

- Regimen Contributivo
- Regimen Subsidiado - total
- Regimen Subsidiado - parcial
- Población pobre no Asegurada con SISBEN
- Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- Desplazado
- Plan adicional de salud
- Otro

INFORMACION DE LA POSIBLE INCONSISTENCIA

VARIABLE PRESUNTAMENTE INCORRECTA	DATOS SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (fisico)
Primer Apellido	Primer Apellido:
Segundo Apellido	Segundo Apellido:
Primer Nombre	Primer Nombre:
Segundo Nombre	Segundo Nombre:
Tipo Documento de Identificación	Tipo Documento de Identificación:
Número Documento de Identificación	Número Documento de Identificación:
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento:

Observaciones

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta **Teléfono** indicativo número extensión

Cargo o actividad: **Teléfono celular:**