


<b>Departamento del Valle del Cauca</b>  <b>Gobernación</b>	<b>SOLICITUD CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIO FONDO DEL PASIVO PRESTACIONAL SECTOR SALUD</b>	FO-SP-M3-P7-02-05
		Versión: 02
		Fecha de Aprobación: 18/11-2022
		Página 1 de 1

FECHA DE SOLICITUD: día ____ mes ____ año ____		
NOMBRE(S) DEL BENEFICIARIO:		
Cédula de Ciudadanía N°:		
ENTIDADES DE SALUD DONDE LABORÓ		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	FECHA INGRESO (DÍA/MES/AÑO)	FECHA RETIRO (DÍA/MES/AÑO)
Dirección de Residencia:		
Barrio	Ciudad:	
Número de Celular o Número Telefónico:		
Correo Electrónico:		
Firma del solicitante:		
FECHA DE ENTREGA: día ____ mes ____ año ____		
<b>REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. SOLICITUD CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIO - FO-SP-M3-P7-02-05 DEBIDAMENTE DILIGENCIADA		
2. COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA		
3. ESTAMPILLAS (UN JUEGO) POR CADA CERTIFICADO		
<b>NOTA:</b>		
1. RADICAR EN LA VENTANILLA ÚNICA DEL DEPARTAMENTO ESTE FORMATO DILIGENCIADO, ACOMPAÑADO CON LAS ESTAMPILLAS Y LA COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA. Y/O SISTEMA DE ATENCION QAP EN LINEA ADJUNTANDO CERTIFICADO PAGO ESTAMPILLAS Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD.		
2. RECLAMAR LA CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIO, EN LA OFICINA DEL PASIVO PRESTACIONAL DEL SECTOR SALUD – SECRETARÍA DE SALUD - SEMISÓTANO DESPUÉS DE 5 DÍAS HÁBILES DE RADICADA LA SOLICITUD.		
3. PODRÁ REALIZAR EL SEGUIMIENTO A SU SOLICITUD, COMUNICÁNDOSE AL PBX 6200000, EXTENSIÓN 1641, 1637, 1613		