COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
CC	16787940	HAROLD ANCIZAR	CAICEDO RAMIREZ	2019-10-01	VALLE DEL CAUCA	CALI	CRA. 1 C 3 # 77-61 TEL. 4332966	3223922198	Contributivo	Activo

Información de los Aportantes				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
16787940	HAROLD ANCIZAR CAICEDO RAMIREZ	Activa	B	01/03/2021

La anterior certificación se expide y firma, a los 21 días del mes de Octubre de 2021, a solicitud del interesado y es válida hasta los 21 días del mes de Noviembre de 2021

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL