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 | 1151938909 | AYMER | ORTEGA MUÑOZ | 2019-10-01 | VALLE DEL CAUCA | CALI | KR 40 45 32 | 3205860204 | Contributivo | Activo |

| Información de los Aportantes | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NIT/CC** | **Razon Social** | **Estado** | **Rango Cotizante** | **Fecha Vinculacion** |
| 1151938909 | ORTEGA MUÑOZ AYMER | Activa | A | 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