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	94405440	ORBAY	BELTRAN CERON	2021-01-08	VALLE DEL CAUCA	CALI	AV 4 OESTE No 13 241		Contributivo	Activo

Información de los Aportantes				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
94405440	ORBAY BELTRAN CERON	Activa	C	01/07/2021

La anterior certificación se expide y firma, a los 4 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado y es válida hasta los 4 días del mes de Febrero de 2022

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL