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	1116723479	SANDRA VIVIANA	SANCHEZ	2019-11-01	VALLE DEL CAUCA	CALI	CARA 44 A # 14-64	3186295168	C	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
1116723479	SANDRA VIVIANA SANCHEZ	A	B	01/11/2021

La anterior certificación se expide y firma, a los 15 días del mes de Diciembre de 2021, a solicitud del interesado y es válida hasta los 15 días del mes de Enero de 2022

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL