

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) **JOHN ELVER LASSO MINA** identificado(a) con Cedula Ciudadania número **1130947848** presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante: **JOHN ELVER LASSO MINA**
Número de identificación: **1130947848**
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): **01/08/2017**
Estado actual cotizante: **VIGENTES**
Tipo cotizante: **Independiente**
Dirección actual de residencia: **cra 31 No 8 47**
Teléfono actual de residencia: **3226830439**

Tipo Identificación: **Cédula Ciudadanía**
Fecha de retiro:
Razón de estado: **Proteccion Laboral**
Municipio residencia: **Cali**
Depto. Residencia: **VALLE DEL CAUCA**

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
1130947848	JOHN ELVER LASSO MINA	22/01/2018	30/11/2018

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

se firma y expide en Bogotá a los 12 del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro: