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	72216276	ANGEL RAFAEL	AMARIS HERNANDEZ	31/07/2013 12:00:00 a. m.	ATLANTICO	BARRANQUILLA	KR 23 83 B 157		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
72216276	ANGEL RAFAEL AMARIS HERNANDEZ	A	A	18/06/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 27 días del mes de Agosto de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 27 días del mes de Septiembre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL