# Certificación Semanas de Cotización

La Señora NANCY JOHANNA DEAZA HERNANDEZ , identificada con Cédula Ciudadanía 40.439.330, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS003.

**Información del Afiliado:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | NANCY JOHANNA DEAZA HERNANDEZ | | |
| Número de identificación: | 40439330 | Tipo Identificación: | Cédula Ciudadanía |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): | 01/02/2002 | Tipo de afiliado: | COTIZANTE |
| Estado actual: | VIGENTES | Razón de estado: | Al día - empleador pago al día |
| Fecha de retiro: | | Semanas Cotizadas cotizante: | 676 |
| Dirección actual de residencia: | KRA 90 77A 18 | Municipio residencia: | Villavicencio |
| Teléfono actual de residencia: | 6661722 | Depto. Residencia: | META |
| Nombre de Régimen: | CONTRIBUTIVO | | |

| Documento Aportante | Razón Social Aportante | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---|---|---|---|
| 900147959 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS | 01/11/2015 | |
| 40439330 | NANCY JOHANNA DEAZA HERNANDEZ | 01/05/2016 | |

## Información de los beneficiarios:

| Tipo de afiliado | Identificaicón | TD | Nombre | Fecha afiliación | Estado | Fecha retiro | Semanas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BENEFICIARIO | 1122921757 | TI | SANTIAGO DEAZA HERNANDEZ | 22/08/2005 | VIGENTES | | 541 |
| BENEFICIARIO | 1122925247 | TI | SERGIO ANDRES GARZON DEAZA | 12/03/2008 | VIGENTES | | 511 |

**Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6511000 y en el resto del país 018000120096.**

Se firma y expide en Bogotá a los 1 días del mes de Febrero de 2017, 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: