SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) JULIANA MUÑOZ ALVAREZ , identificado(a) con CC 1112762293 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/03/2006 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2024/06	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2024/07	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2024/08	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2024/09	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2024/10	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2024/11	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2024/12	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/01	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/02	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/03	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/04	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/05	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CUATRO (4) días del mes de JUNIO del año 2025.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MUNOZ ALVAREZ JULIANA** identificado(a) con **CC** número **1.112.762.293** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de marzo de 2006 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de mayo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000**.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JULIANA MUÑOZ ALVAREZ** identificado con **CC** No. **1112762293**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - NI. 890399011	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 25/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/07/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015365175.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010