COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

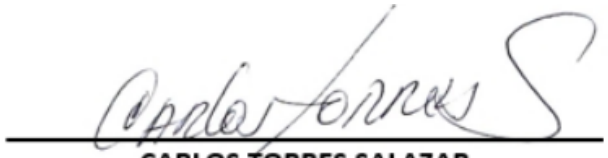
Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

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	1151957951	KEVIN DAVID	PEREA MESTIZO	1/12/2020 12:00:00 a. m.	VALLE	SANTIAGO DE CALI	KR 42 26 26 - VILLA DEL SUR - BARRIO ZONA URBANA	3345266	Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
1151957951	KEVIN DAVID PEREA MESTIZO	A		03/07/2025

La anterior certificación se expide y firma, a los 10 días del mes de Septiembre de 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta los 10 días del mes de Octubre de 2025

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL