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	1144144100	ANGIE MELISSA	GUERRERO VALENCIA	1/09/2018 12:00:00 a. m.	VALLE	SANTIAGO DE CALI	AC 0	4261967	Contributivo	Activo

Información de los Beneficiarios										
***Parentesco**	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
HIJO(A)	RC-1144005951	LAHIAM STEVEN	RIVAS GUERRERO	23/05/2025	VALLE	SANTIAGO DE CALI	CRA 28 E3 #12-43	3203462676	Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
900532280	FUNDACION FORMANDO JUVENTUDES (FORJU)	N		05/11/2025

La anterior certificación se expide y firma, a los 6 días del mes de Noviembre de 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta los 6 días del mes de Diciembre de 2025

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL