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	1080421583	ELEINE SANDRID	CARO DE LA HOZ	1/04/2007 12:00:00 a. m.	MAGDALENA	SANTA MARTA	CLL 112 # 12 111 CEL 32051231913182 3448		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
1080421583	ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ	A	A	15/05/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 31 días del mes de Julio de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 31 días del mes de Agosto de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL