

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 de Cotizante y/o Cabeza de familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Régimen	Estado
CC	1118284911	OSCAR ALEJANDRO	CHAMORRO RUIZ	2019/07/02	VALLE	CALI (SANTIAGO DE CALI)	CRA 24 C # 39 66	3117213347	Contributivo	

Información de los Beneficiarios										
*Parentesco	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Régimen	Estado

*1)Cónyuge o compañero(a) permanente 2)Hijo o Hija 3)Padre o madre del Cotizante o Titular 4)Segundo grado de consanguinidad 5)Tercer grado de consanguinidad 7)Padre o madre del cónyuge 8)Otros no parientes

La anterior certificación se expide y firma, a los 9 días del mes de septiembre de 2020, a solicitud del interesado y es válida hasta 09 de octubre del 2020

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
 SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL