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	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
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/06	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/06	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/07	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/07	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/08	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/09	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/10	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/11	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2025/12	30
CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	CC	1112762293	JULIANA MUÑOZ ALVAREZ	2026/01	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los VEINTE (20) días del mes de ENERO del año 2026.

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) **MUÑOZ 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 20 de enero de 2026.

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) 482 33 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**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JULIANA MUÑOZ ALVAREZ identificado con CC. 1112762293 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
Tipo y Numero de Documento	NI - 890399011

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/17	**Fecha inicio contrato**	2026/01/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/04/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 V_08

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC22012026J1112762293M2891475.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS