# SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
# NIT 805.001.157 - 2
# CERTIFICA:

El(la) señor(a) HOLMES FIGUEROA SILVA , identificado(a) con CC 16885934 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: 01/06/2024 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** | 16885934 | **HOLMES FIGUEROA SILVA** | 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 | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/02 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/03 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/04 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/05 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/06 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/07 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/08 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/09 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/10 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/11 | 30 |
| CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | CC | 16885934 | HOLMES FIGUEROA SILVA | 2025/12 | 30 |

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los DIECINUEVE (19) 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*

canales_webusr

CD3 5889991 Ene 19 2026 5:27PM

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **FIGUEROA SILVA HOLMES** identificado(a) con **CC** número **16.885.934** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 1999 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 23 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:

HOLMES FIGUEROA SILVA identificado con CC. 16885934 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** | 2026/01/14 | **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: **CC22012026H16885934F2904310.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**