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	1143959499	CESAR ALFREDO	MARTINEZ ARBOLEDA	9/11/2017 12:00:00 a. m.	VALLE	SANTIAGO DE CALI	CRV 122 ESTE # 11 CRA 40A # 46-70	4496405	Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
901707447	FUERZA EXTERNA TEMPORAL EST SAS	N		10/03/2026

La anterior certificación se expide y firma, a los 12 días del mes de Marzo de 2026, a solicitud del interesado y es válida hasta los 12 días del mes de Abril de 2026

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL