

CERTIFICA QUE

CD3 3933753 Mar 16 2021 1:03PM

El (la) señor(a) **CARLOS ALBERTO CHAGUENDO FONTALVO**, identificado(a) con documento de identidad **CEDULA DE CIUDADANIA 16847699** se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.** con última fecha de afiliación: **2020/07/13** y su estado de afiliación a la fecha de generación de este certificado es: **AFILIADO ACTIVO CONTRIBUTIVO**, con el siguiente detalle:

En caso de encontrar alguna inconsistencia en la información aportada por favor reportarlo a través del correo electrónico de servicioalcliente@sos.com.co.

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.** en el último año.

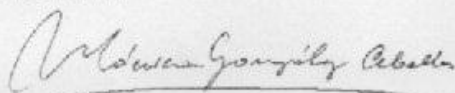
Tipo ID	Numero ID	Nombre del Cotizante	Tipo Id. Empleador	Razon Social	Periodo de Cotización	Días Cotizados
CC	16847699	CARLOS ALBERTO CHAGUENDO FONTALVO	CC 16847699	CARLOS ALBERTO CHAGUENDO	2020/07	30

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de **CALI**, a los **DIECISEIS (16)** días del mes de **Marzo** del año **2021**

La dinámica de los datos consignada en este certificado es variable, por tanto la información corresponde al día de hoy.
"Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y de Protección Social"

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud **SOS S.A.**, documento no válido como autorización de traslado entre EPS. No es válida para aclarar situación de duplicidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Atentamente,



Monica Gonzalez Ceballos

Jefe Nacional de Servicio al Cliente

sisuqu01