

## 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	1047425915	DINA LUZ	TORRES SARMIENTO	2005-04-01	BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS	ST ARRIBA CL SAN ANTONIO 12 75		Contributivo	Activo

Información de los Beneficiarios										
*Parentesco	Documento	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
HIJO(A)	RC-1041999260	JUAN JOSE	YANCES TORRES	01/09/2020	BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS	ST ARRIBA CL SAN ANTONIO 12 75		Contributivo	Activo

La anterior certificación se expide y firma, a los 21 días del mes de Octubre de 2021, a solicitud del interesado y es válida hasta los 21 días del mes de Noviembre de 2021

Cordialmente,

  
**CARLOS TORRES SALAZAR**  
 SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL