

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

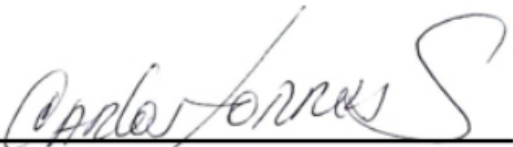
Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

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	30581746	ROSANA	DE LA OSSA VEGA	2017-11-21	ANTIOQUIA	ZARAGOZA	BARRIO PUENTE NUEVO		C	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901677020	UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF	N	A	25/01/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 11 días del mes de Febrero de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 11 días del mes de Marzo de 2024

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL