Consorcio Salud
Comfenalco Valle
EPS delagente
Comprometidos con la salud delagente

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA**
**COMFENALCO VALLE DELAGENTE**
**NIT 890.303.093-5**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) KRISTEL JOHANA LOPEZ SEMANATE identificado(a) con cedula ciudadania 1.144.149.649 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20170301 | No Registrada |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CRISTOBAL QUIÑONES LOPEZ | HI | 1232810122 | RC | 20191013 | No Registrada | Activo |

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Noviembre de 2.021.

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL CALI

Información sujeta a verificación por parte de COMFENALCO VALLE DELAGENTE, cualquier aclaración con gusto será atendida en la Línea de Atención Servicios de Salud 3876720 y Línea de Atención E.P.S. 018000413501.- Documento no válido como autorización de Traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,

COMFENALCO VALLE DELAGENTE.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
17150197

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio