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

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SARA FERNANDA RAMIREZ GONZALEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.143.948.779 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE como cotizante independiente información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro | Semanas Cotizadas |
|---|---|---|
| 20170301 | No Registrada | 91 |

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Octubre de 2018.

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A SOLICITUD DE EL INTERESADO

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 - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMFENALCO VALLE DELAGENTE.

Elaboró: ALVARO QUINTERO CER-AFI 9555965

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio