**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

## CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA como trabajador independiente con número de afiliación 300000000590 y con número de NIT 890,102,018, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Fecha deTerminacion del Contrato | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MARGELIS BORNACHERA BARRIOS | C.C. | 1,047,231,344 | 14/06/2023 | 25/12/2023 | RIESGO I | 0.522 | SUCURSAL 0.522 |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 13 de junio de 2023 a las 04:07:44 p.m.**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MARGELIS BORNACHERA BARRIOS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.231.344**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

# CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **BORNACHERA BARRIOS MARGELIS** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1047231344** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

| | |
|---|---|
| Estado de la Afiliación: | **Activo** |
| IPS de atención: | **ESE CENTRO DE SALUD DE GALAPA** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha de afiliación: | **17/09/2017** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 27 de noviembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

## Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



**LUIS BARRAZA**
**Director de Operaciones - Contributivo**
**infocontributivo@mutualser.org**
**MUTUAL SER EPS**