



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) **ARBEY PEREZ ILES** identificado(a) con cedula ciudadanía 16.727.393, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20161011	No Registrada	899

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Parent.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
ELBA YALINE GOMEZ CUADROS	CP	66850053	CC	20161011	0	Activo	573

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Junio de 2.019.

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN PUEDA INTERESAR

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 multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,

COMFENALCO VALLE DELAGENTE.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
11354151

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio