

**CERTIFICA QUE**

CD3 5216897 Jul 13 2024 3:54PM

El(la) señor(a) ALEJANDRA MARIA VELEZ JIMENEZ, identificado(a) con CC 38462962 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A, con última fecha de afiliación:2019/05/01 y su estado de Afiliación a la fecha de generación de este certificado es: ACTIVO por el Régimen Contributivo, en calidad de COTIZANTE.

Cualquier duda o inquietud, puede contactarnos a través del correo electrónico de [servicioalcliente@sos.com.co](mailto:servicioalcliente@sos.com.co)

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Cali, a los TRECE ( 13 ) días del mes de JULIO del año 2024.  
Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,  
Gerencia de Experiencia del usuario

**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:**

**ALEJANDRA MARIA VELEZ JIMENEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **38.462.962**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2024.

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.

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALEJANDRA MARIA VELEZ JIMENEZ** identificado con **CC No. 3846282** , registra la siguiente información.

| Datos del Contratante                         | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - NI. 890399011 | <b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 03/07/2024<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 27/06/2024<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 30/09/2024<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br><b>Clase de Riesgo:</b> 1 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20240101210480.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.