# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

# CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación, registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

| Datos del contratante | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos o Razón Social** | **SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** | | |
| **Tipo de documento de identificación** | NI | **Número de documento de identificación** | 900958564 |
| **Datos del afiliado** | | | |
| **gTipo documento y número de identificación** | CC 1032368864 | **Estado de afiliación** | ACTIVO |
| **Nombres y apellidos** | ANA MARIA MUÑOZ CORTES | **Clase de riesgo actual** | 3 |

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**OMC**