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 empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	890399011
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1144063156	**Nombres y apellidos**	ANA LISBETH COLLAZOS SINISTERRA
Fecha de afiliación	2025-10-02	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-10-02	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	4	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 8 días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades