# 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 16749036 | **Nombres y apellidos** | FRANCISCO JAVIER ALVAREZ ECHEVERRY |
| **Fecha de afiliación** | 2025-10-02 | **Estado de afiliación** | **Activo** |
| **Fecha de inicio cobertura** | 2025-10-02 | **Tipo de vinculación** | Independiente |
| **Clase de riesgo** | 1 | **Fecha de retiro** | |

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

Cordialmente,

**Gerencia de afiliaciones y novedades**