

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) ANDRES JOSE GARCIA CADENA identificado con CC No. 80852204 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 80852204, con vigencia desde 10/21/2006 hasta 12/31/2050. La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	52808125	CAROL ANDREA SANCHEZ SANDOVAL	46	381	21/10/2006	No vigente	31/07/2014	No
2	1025544014	ISABELLA GARCIA SANCHEZ	16	833	13/03/2010	Vigente		No
3	80852204	ANDRES JOSE GARCIA CADENA	41	795	07/01/2011	Vigente		Si
4	1025562072	ANTONELLA GARCIA SANCHEZ	8	424	23/03/2018	Vigente		No

Se expide en Bogotá a los 28 días del mes de Junio del 2026



FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multifiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**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:

ANDRES JOSE GARCIA CADENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.852.204**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Junio del 2026.

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.

Bogotá D.C.	Fecha:	30 de Junio de 2026
Nombres y apellidos:	Andrés José García Cadena	
Numero de documento de identidad:	80.852.204	
Lugar de expedición de documento de identidad:	Bogotá D.C.	
EPS:	Aliansalud	
Fondo de Pensiones:	Porvenir	

Declaro expresamente lo siguiente:

1. Autorizo el uso de mis datos personales según lo establecido en la Ley 2157 del 29 de octubre de 2021.

2. Autorizo a la AND, para realizar el tramite correspondiente a la afiliación a la ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

SI ☒ X NO ☐

3. Estoy afiliado a una ARL distinta a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS , por lo cual me comprometo a continuar realizando los aportes correspondientes a la siguiente ARL.

ARL

4. Anexo certificación de afiliación activa.


FIRMA