

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA  
COMFENALCO VALLE DELAGENTE  
NIT 890.303.093-5**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) ROSA ELENA RAMIREZ GOMEZ identificado(a) con cedula ciudadanía 31.578.860 , se encuentra Activo en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE por la Empresa CLINICA VERSALLES Y CIA LTDA NIT 800048954, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro  |
|------------------|---------------|
| 20191025         | No Registrada |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario           | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|-------------------------------|--------|----------------|------------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| CARMEN ELISA GOMEZ DE RAMIREZ | PD     | 31256169       | CC                     | 20191025            | No Registrada   | Activo            |
| EDGAR RAMIREZ MURILLO         | PD     | 14943737       | CC                     | 20200728            | No Registrada   | Activo            |

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Octubre de 2.021.

**Observaciones:**

**Con destino a:**

AL INTERESADO

Información sujeta a verificación por parte de COMFENALCO VALLE DELAGENTE, cualquier aclaración con gusto será atendida en la Línea de Atención Servicios de Salud 3876720 y Línea de Atención E.P.S. 018000413501.- Documento no válido como autorización de Traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,

COMFENALCO VALLE DELAGENTE.

Elaboró: ANGELA MARIA OSORIO

CER-AFI

16961566