

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN identificado(a) con Cedula Ciudadania 11228129, se encuentra Activo en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente voluntario riesgo laboral según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240901	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28274782

CER-AFI

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.228.129**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Marzo del 2025.

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.

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO CONSENTIMIENTO AFILIACIÓN ARL
Versión: 1
CT.FT.21



Bogotá D.C.	Fecha:	21/03/2025
Nombres y apellidos:	DENIS FERNANADO MONTEALEGRE BELTRAN	
Numero de documento de identidad:	11.228.129	
Lugar de expedición de documento de identidad:	Girardot	
EPS:	Compensar	
Fondo de Pensiones:		
Declaro expresamente lo siguiente:		
1. A utorizo 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 ☒ x		
4. Anexo certificación de afiliación activa.		
 FIRMA		