

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA FERNANDA GUTIERREZ MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1019018291**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) DIANA FERNANDA GUTIERREZ MORENO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1019018291, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
DIANA FERNANDA GUTIERREZ MORENO	CC - 1019018291	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20260201 Hasta 20270131

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 16 días del mes de enero de 2026.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13676868

No. de Radicación: 16.01.2026

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)


I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Individual	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	• Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	• Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Beneficiario <input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>	D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>
						C. Pensionado <input type="checkbox"/>

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres	9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primero: <u>Gutiérrez</u> Segundo: <u>Moreno</u> Tercero: <u>Diana</u> Cuarto: <u>Fernanda</u>	<u>CC</u>	<u>1019018271</u>	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?	<u>15-05-1987</u>
13. Nacionalidad: <u>Colombiana</u>					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	
<u>Niñona</u>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>		<u>19 BSB BSA</u>	<u>Colpensiones</u>	<u>\$3000000</u>		<u>Calle 1566 # 96-51</u>	
27. Apellidos y nombres		28. Tipo de documento de identidad		29. Número de documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	
Primero: <u>Bojórquez</u> Segundo: <u>OC</u>		<u>CC</u>		<u>3502675976</u>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?		<u>15-05-1987</u>	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio		34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	
<u>Colombiana</u>		<u>Bojotá</u>		<u>CO</u>		<u>BOJOTÁ</u>		<u>BOJOTÁ</u>		<u>15-05-1987</u>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primero: <u>Bojórquez</u> Segundo: <u>OC</u>	<u>CC</u>	<u>3502675976</u>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?	<u>15-05-1987</u>
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento		País	
<u>Colombiana</u>		<u>Bojotá</u>		<u>CO</u>	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. No. del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio				
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
				SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

B1	B2	B3	B4	B5