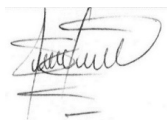


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAVID LEONARDO MEDINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80794165**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/2018** 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 02 de julio 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

Que el(la) señor(a) DAVID LEONARDO MEDINA identificado(a) con Cedula Ciudadania 80794165, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250130	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Julio de 2.026

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
32821221

CER-AFI

Bogotá D.C.	Fecha:	01 de Julio 2026
Nombres y apellidos:	David Leonardo Medina	
Numero de documento de identidad:	80,794,165	
Lugar de expedición de documento de identidad:	Bogotá	
EPS:	COMPENSAR	
Fondo de Pensiones:	COLPENSIONES	
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 POSITIVA		
4. Anexo certificación de afiliación activa.		
 FIRMA		