CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RUTH EVELIN PINTO GUTIERREZ identificado(a) con CC. 52016945 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**1996/04/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 03 días del mes de 08 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

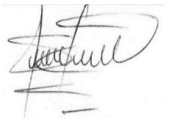
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUTH EVELIN PINTO GUTIERREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52016945,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2010** 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 03 de agosto 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

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

Bogotá D.C.	Fecha:	03/08/2026
Nombres y apellidos:	RUTH EVELYN PINTO GUTIERREZ	
Numero de documento de identidad:	52.016.945	
Lugar de expedición de documento de identidad:	BOGOTA	
EPS:	FAMISANAR	
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 COMPAÑiA DE SEGUROS , por lo cual me comprometo a continuar realizando los aportes correspondientes a la siguiente ARL.

ARL [ ]

4. Anexo certifcación de afiliación activa.



FIRMA