

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de Enero de 2,020

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación : CC
 No. de Identificación : 11344939
 Nombre : LUIS ALBERTO CARDENAS VARGAS
 Empresa/Contratante : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ ACUÑA
 Tipo Identificación Empresa : CC
 No. Identificación Empresa : 1075654195
 Fecha de Afiliación a CCF : 2019/12/27
 Fecha de Ingreso a la empresa : 2019/12/27
 Estado : Afiliado
 Categoría : A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Ult.Sub. Recibido
CAROLINA TRIANA MAHECHA	35419250	CY	A	NO	\$0	--	--
DAVID FELIPE CARDENAS TRIANA	1001217701	HI	A	NO	\$0	--	--
ANA MARIA CARDENAS TRIANA	1007357788	HI	A	NO	\$0	--	--



La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez
GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
 Elaboró: Portal Compensar

Nombre	Identificación	Fecha de Radicación	Fecha de Ingreso a la Empresa				
LAUREA TRINIDAD MORALES	101010101	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13
LUIS ALBERTO CARDENAS VILLAS	101010101	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13
ANA MARIA CARDENAS TRUJANO	101010101	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13	10/10/13

