

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 17 de Junio de 2,021

#### 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 : 52861358  
 Nombre : SANDRA CAROLINA CAMPOS RODRIGUEZ  
 Empresa/Contratante : SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
 Tipo Identificación Empresa : SUR  
 No. Identificación Empresa : NIT  
 Fecha de Afiliación a CCF : 900958564  
 Fecha de Ingreso a la empresa : 2015/01/05  
 Estado : 2015/01/05  
 Categoría : Afiliado

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido
WILFREDY CASTILLO LEON	79764360	CY	B	NO	\$0	--
MARIA CAMILA CASTILLO CAMPOS	1001059888	HI	B	NO	\$0	--
ANGEL SANTIAGO CASTILLO CAMPO	1018456569	HI	B	SI	\$39,000	202104



La presente certificación se expide con destino a UNITEC 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*

**GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL**

Elaboró: Portal Compensar



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP AXB0303218

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 2859261

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	X	B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
REGISTRADURIA DE RAFAEL URIBE URIBE SANTAFE DE BOGOTA DC COLOMBIA CU									

**Datos del inscrito**

Primer Apellido					Segundo Apellido					
CASTILLO*****					CAMPOS*****					
Nombre(s)										
MARIA CAMILA*****										
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH		
Año	2	0	0	Mes	M	A	Y	Día	0	2
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)										
COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTAFE DE BOGOTA DC*****										

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO*****	A4271059*****

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos	
CAMPOS RODRIGUEZ SANDRA CAROLINA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052861358*****	COLOMBIA*****

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos	
CASTILLO LEON WILFREDEY*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0079764360*****	COLOMBIA*****

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos	
CASTILLO LEON WILFREDEY*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0079764360*****	

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos	
*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos	
*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 0 2 Mes M A Y Día 2 0	EDUARDO BLANCO GOMEZ*****
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

