



Firmo en constancia el día 10 del mes de Junio del año 2021.

Nombre: David Arturo Diaz Morillo

Firma: [Firma manuscrita]

Cedula: 1193571045

Código: 66201001



Huella

**ESPACIO EXCLUSIVO DILIGENCIAMIENTO DIRECCIÓN FINANCIERA**

Fecha de trámite: \_\_\_\_\_

Nombre del funcionario que tramita: \_\_\_\_\_

Tipo de descuento:  Primer semestre  Estudiante Antiguo

En caso de ser estudiante antiguo relacione el promedio obtenido en el semestre inmediatamente anterior: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT.860.066.942-7**

Bogotá D.C., 10 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 : 52444007  
 Nombre : ANDREA MURILLO SOLANO  
 Empresa/Contratante : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS  
 Tipo Identificación Empresa : NIT  
 No. Identificación Empresa : 800251440  
 Fecha de Afiliación a CCF : 2001/03/01  
 Fecha de Ingreso a la empresa : 2001/03/01  
 Estado : Afiliado  
 Categoría : B

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido
HUGO ALEXANDER DIAZ ZULETA	89006755	CY	B	NO	\$0	—
LAILA NICOLLE DIAZ MURILLO	1034280255	HI	B	SI	\$39,000	202104
DAVID ARTURO DIAZ MURILLO	1193571045	HI	B	NO	\$0	—



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 válidos 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

