



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR  
COMPENSAR EPS**

**Nit. 860.066.942-7**

**Certifica**

Que el(la) señor(a) [REDACTED] identificado(a) con cédula de ciudadanía [REDACTED] se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa [REDACTED] en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro
[REDACTED]	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Septiembre de 2.015

**Observaciones:**

**Con destino a:**

COLSANITAS

Información sujeta a verificación por parte de Compensar EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA