## CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) MARIA CRISTINA GIL identificado con CC 29186633 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **31/10/2019** |
| **IPS Cotizante:** | **U.T. SALUD DE OCCIDENTE - ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE S.A.- SEDE CAPITOLIO -TR2** |
| **Categoría:** | **B** |
| **Estado:** | **ACTIVO** |

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 24 días del mes de mayo del año 2021 .

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

**Observaciones:**

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



**Gerencia de Afiliaciones**
**Nueva EPS S.A**