**CERTIFICA QUE**

El(La) Señor(a) **STEPHANIA ARBOLEDA PARRA**; identificado(a) con **CC** número **1116275101**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/05/2020**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **7** días del mes **2** del año **2023**

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

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

**Cordialmente,**



Gerencia de Afiliaciones