**CERTIFICA**

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|---|
| **Datos del COTIZANTE** | |
| **CC 1083027564 DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | **ACTIVO-NUEVO DEC 2353** |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **0** |
| Fecha Afiliación: | **02/12/2024** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 26 de Diciembre de 2024 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

**Nueva EPS S.A.**