## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA PATRICIA TORRENTE REINA identificado(a) con CC 1107076342 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **01/04/2018** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. DESA SEDE CARRERA PRIMERA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 10 días del mes de septiembre del año 2020 .

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

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

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