**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 31974363 ORFA CECILIA VELASCO RUIZ** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **0** |
| Fecha Afiliación: | **01/01/2024** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 6 de Enero de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,




**Nueva EPS S.A.**