**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 24731396 ALBA LUCIA GOMEZ CARDENAS** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **0** |
| Fecha Afiliación: | **31/01/2022** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 25 de Diciembre de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

**Nueva EPS S.A.**