## CERTIFICA QUE:

El/La Señor (a) **AMANDA MARIA CUENTAS BERDUGO** identificado (a) con **CC 1043022318** se encuentra afiliado(a) a esta EPS en condición de **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **2016-10-01** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CENTRO MEDICO SAN JUAN EU-SABANALARGA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 27 días del mes de febrero del año 2026.

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**