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	**BENEFICIARIO al**
CC 1067839226	**DEICY PATRICIA SIERRA PEREZ**
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**ACTIVO EN REGIMEN SUBSIDIADO EN**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**199**
Fecha Afiliación:	**25/09/2023**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 22 de Noviembre 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.