**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) VALERIA RESTREPO OSORIO identificado(a) con CC. 1141318036 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **2026/02/20** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA** |
| **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 04 del año 2026.

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**