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
Estado Cotizante:
Causal:
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:
Fecha Afiliación:
Fecha Último Periodo Cotizado:
Fecha Cancelación:

La presente certificación se expide el día 24 de Julio de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.