



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **LAURA PAOLA UNFRIED MORENO**; identificado(a) con **CC** número **1079288763**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **30/04/2021**

Estado de la Afiliación **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-I.P.S SERVIMEDICO S.A.S CENTRO DE SALUD BELLAVISTA-BOJAYA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **10** días del mes **3** del año **2022**

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

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones