REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 9.265.926

MANCERA QUEVEDO

APELLIDOS

EDGAR JOSE

NOMBRES

Edgar J Mancera Q.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1964

MOMPOS
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

10-MAR-1983 MOMPOS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



R-0510600-01304937-M-0009265926-20220625 0079857352A 1 8504862711

Medellín, 22 de October de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de OROS ACEVEDO JOSE LUIS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C9265926	MANCERA QUEVEDO EDGAR JOSE	23/10/2024		17117215	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/10/2024 09:11:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.206, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SG$SS

nueva eps

"Código Dalcanmeto para Regimentores y afiliacionen al Regimen Subsidiado"

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN: X — B. REPORTE DE NOVEDADES:
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: — B. Colectivos: — C. Institucional: — D. De oficio: — 2. REGIMEN: C. Contributivo: X — S. Subsidiado:
3. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante: X — B. Beneficiario: — C. Adicional: — 3. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente: X — B. Independiente: — C. Pensionado: — D. Trabajador por cuenta propia: — E. Corporado: — F. Cuenta con empleo doméstico: — G. Solidario: — C1621 — 22 10 2024
4. TIPO DE APORTANTE: CO Cotizante: X — CF Cotizante de Familia: — SE Beneficiario:

II. AFILIACIÓN
5. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)
6. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: Mancera — SEGUNDO APELLIDO: Quevedo — PRIMER NOMBRE: Edgar — SEGUNDO NOMBRE: Jose
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 9265926 — 9. SEXO BIOLÓGICO: M: X — F: — ND:
10. FECHA NACIMIENTO: 08 11 1964 — PAÍS DE NACIMIENTO: colombia — NACIONALIDAD: colombia

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
12. ETNIA: — 13. OCUPACIÓN: — 14. ESCOLARIDAD: — 15. SUSCRIPCIÓN DEL SISBEN: — NIVEL: — GRUPO: — 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: — SI: — NO:
17. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Contacor X — Calle 18 N. 18-36 Sahagun Cordoba — COMPLEMENTO DIRECCIÓN: — 18. TELÉFONO FIJO: — Ext.: — 19. CORREO ELECTRÓNICO: edgarmancera9 2hotmail.com — 20. TELÉFONO CELULAR: 3215721630 — 21. EPS ORIGINADORA: Positiva Colpensiones

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - (Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)
22. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
23. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 24. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 25. SEXO BIOLÓGICO — 26. FECHA NACIMIENTO — 27. PAÍS DE NACIMIENTO — 28. NACIONALIDAD

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
29. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS — 30. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 31. NÚMERO DE IDENTIDAD — 32. PARENTESCO — 33. SEXO — 34. FECHA NACIMIENTO — 35. DISCAPACIDAD

36. DATOS DE RESIDENCIA — Ciudad — Departamento — Zona — Teléfono — 37. SALARIO — 38. CÓDIGO EPS — 39. CÓDIGO EPS ODONTOLÓGICA — 40. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — OPCIÓN: NIVEL — GRUPO — 41. ESTADO

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y DE LOS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
Oros acevedo — Jose Luis — cc 1026275607 — Dependiente
Calle 9 N. 9-76 — Tame arauca — Comple. Dirección
Socios 3122973050 — 22 10 2024 — Obrero empleado — 1300.000
182hotmail.com

42. TIPO DE NOVEDAD: 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN; 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN; 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD; 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS; 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS; 6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS; 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES; 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR; 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO; 11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS; 12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS; 13. NOVEDADES: A) AL INGRESO CONTRIBUYENTE, B) AL RÉGIMEN CONTRIBUYENTE
14. TRASLADO: A) INICIO REGULAR, B) OPORTUNIDAD ADMINISTRATIVA, C) PERIODO DE GRACIA (NO), D) PERIODO DE PORTABILIDAD (NO); 15. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE; 16. REPORTE DE LA CALIDAD DE INDEPENDIENTE; 17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO; 18. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA; 19. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
43. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE — TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 44. FECHA (a partir de) — 45. EPS ANTERIOR Código — 46. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — IN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
51. Declaración de no no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
52. Declaración de existencia de registros de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
53. Declaración de no intermediación de cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
54. Autorización para que la EPS acceda y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
55. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del soporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
57. Autorizo en cumplimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que será cargo del pago de la Contribución Solidaria.
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE — TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE IDENTIDAD — 64. SEXO BIOLÓGICO — FECHA NACIMIENTO

IX. FIRMAS
61. El cotizante o cabeza de familia — Edgar J. Mancera
62. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio — José luis Oros

X. ANEXOS
nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
22 OCT 2024

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES
70. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio — Código del departamento — 74. Sobre del SISBÉN — Clasificación — SI — NO — 75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 — SI — NO — CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSCRIPCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN
76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN — TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN — 78. Fecha de radicación — 79. Fecha De Validación
NOMBRE: LRB AGENTES
CLAVE ASESOR: C1621
REGIONAL: LLANOS

OBSERVACIONES: Solicitud de traslado de mutual ser

Recuerde que una la firma del trabajador, el afiliado manifiesta la veracidad de la información suministrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (la) Señor(a) EDGAR JOSE MANCERA QUEVEDO identificado(a) con C.C No. 9.265.926, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de octubre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintregro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. ☑ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 9.265.926
Lugar y fecha de expedición: 10/03/1964 MOMPOS
Sexo: M ☑ F ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: MANCERA
Segundo apellido: QUEVEDO
Nombres: EDGAR JOSE
Fecha de Nacimiento: AÑO 1964 MM 11 DD 08
Teléfono: 3148547256
Dirección Residencia: CLL 34 N 9 16
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☑ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CUIDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	AÑO 2024 MM 10 DD 22		OBRERO	1.300.000

Tipo de contrato: INDEFINDO — Administrar Recursos Públicos: SI ☐ NO ☑ — Servidor Público: SI ☐ NO ☑ — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: SI ☐ NO ☑ — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ☑ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☑ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	☑ No aplica

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indigena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☑ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, EDGAR JOSE MANCERA QUEVEDO, Identificado con cédula de ciudadanía No. 9265926 expedida en MOMPOS, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envio de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Edgar Mancera
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Edgar Mancera
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Oficina Principal
Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Pagos
22 OCT 2024
RECIBIDO DE AFILIACIONES
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	10 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
OROS ACEVEDO JOSE LUIS	OROS ACEVEDO JOSE LUIS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MANCERA QUEVEDO EDGAR JOSE	Masculino	59 Años	CC (Tipo)	9265926 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

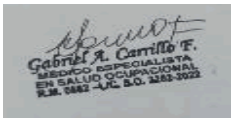
RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PEDIR CITA CON LA EPS PARA CONTROL POR NUTRICI"N
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 37308-08 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Edgar J Mancera
Nombre: MANCERA QUEVEDO EDGAR JOSE
CC 9265926