

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 19.774.695

LOBO ROYERO

APELLIDOS

FABIAN ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1978

TALAIGUA NUEVO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-MAY-1996 TALAIGUA NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0511000-01171923-M-0019774695-20201020 0072133072A 1 9913406417

Medellín, 08 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 %	
C19774695	LOBO ROYERO FABIAN ENRIQUE	09/10/2024		24925116	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 08/10/2024 11:09:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.193, 198.143.41.39, 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 SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

CLICK PARA RESETEAR FORMU

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

Versión 7.0 del 06 de diciembre 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Corresponsable Solidario [ ]
CÓDIGO: C1621
FECHA DE LA SOLICITUD: 08/10/2024

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Lobo SEGUNDO APELLIDO: Royero PRIMER NOMBRE: Fabian SEGUNDO NOMBRE: Enrique
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1977469S
9. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] V [X]
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] T [X] NB [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: 06/02/1978
PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia
11. NACIONALIDAD: Colombia

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA
13. NÚMERO MUISCA
14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [ ]
16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
17. ARL: Positiva
18. AFP: porvenir
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
TIPO DE NOMENCLATURA: URBANA [ ] RURAL [ ]
20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 4 A N 12 - 52
COMPLEMENTO DIRECCIÓN
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO / VEREDA: Palciguay
DEPARTAMENTO: Bolivar
CIUDAD / MUNICIPIO
ZONA
TELÉFONO MÓVIL: 3046199698
TELÉFONO FIJO
Ext.
CORREO ELECTRÓNICO: laborayerofabian@gmail.com
IPS ODONTOLÓGICA
IPS: 2716.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]
IPS
IPS ODONTOLÓGICA
25. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
PAÍS DE NACIMIENTO
26. NACIONALIDAD

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	CONDICIÓN MIGRATORIA	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD		
										SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1												
2												
3												
4												
5												

36. DATOS DE RESIDENCIA

	Cradad / Muni.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	SISBEN NIVEL	SISBEN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1											
2											
3											
4											
5											

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social: Jose Luis Oras Acevedo
40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula
41. Número documento de identidad: 1026275609
DV
42. Tipo de aportante o pagador: dependiente
TIPO DE NOMENCLATURA: URBANA [ ] RURAL [ ]
42. DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Calle 26B N 17 - 04
COMPLEMENTO DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO: Tame
DEPARTAMENTO: Arauca
Joycore180 Hotmail.com
TELÉFONO MÓVIL: 3212145252
TELÉFONO FIJO
EXT
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 08/10/2024
CARGO: obrero
OCUPACIÓN
SALARIO: Empleado 1.300.000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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 Código [ ]
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. MOVILIDAD: a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: a) RÉGIMEN [ ] b) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de): DÍA / MES / AÑO
47. EPS ANTERIOR Código
48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO
49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con dicha(o) Señora(a) _____ identificada(o) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

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 la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
53. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. Autorización para que la EPS actúe 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 reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la 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 mi consentimiento 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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
34. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario mayor aportante: Fabian Lobo
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: Samuel Gomez

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] CL [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad:
Total: 0

64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
66. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de [illegible] [ ]
67. De la unión marital.
Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
69. Documento en que conste la petición de la parte peticionaria o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016 [ ]
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
72. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en los que conste la calidad de beneficiario o su orden de afiliación de oficio.

Total Anexos: 0

nueva eps

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio
Código del departamento
74. Datos del SISBEN: SI [ ] NO [ ] Clasificación
75. Pertenece a Grupo de población especial del artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016: SI [ ] NO [ ] CÓDIGO

08 OCT 2024

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
77. Firma del funcionario
78. Fecha de radicación: DÍA / MES / AÑO
79. Fecha De Validación: DÍA / MES / AÑO

NOMBRE: LRB AGENTES
CLAVE ASESOR: C1521
REGIONAL: LLANOS

OBSERVACIONES:
Solicitud de traslado de Mutal ser

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

PROHIBIDO FOTOCOPIAR ESTE FORMULARIO (RESOLUCIÓN 2388 DE 2016 Num. 2.2.1.1.1.1 Art. 2.2.1.1.1.2)

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, Fabian Enrique Lobo Rojas identificado (a) con Cedula número 1977469[illegible] de Talaigua Nuevo certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☑ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☑ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☑ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☑ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☑ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3046199698 y/o correo electrónico: laborayerofabian@gmail.com SÍ☑ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☑ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web: https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes. Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. SÍ☑ No☐

Cordialmente,

Firma: Fabian Lobo
Tipo ID: CC No. ID: 1977469[illegible]
Fecha de Solicitud: 08 10 2024
Dirección: Carrera 4 N 12-52
Tel: 3046199698 Municipio Talaigua
Departamento: Bolivar

Huella obligatoria para usuarios que no sepan firmar y/o estimar

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella obligatoria para usuarios que no sepan firmar y/o estimar

Huella

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / NO

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Graduado ☐ | Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐ | Básica Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato DÍA MES AÑO | Fin Contrato DÍA MES AÑO

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA DÍA MES AÑO
AGENTES Y CORREDORES	C1621		

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FABIAN ENRIQUE LOBO ROYERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.774.695**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3155353193 / NIT: 18590065-3.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS .

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRES.
X		

BOGOTÁ DC.3 DE OCTUBRE de 2024. **CONVENIO:** Particular **CARGO:** OFICIAL
TRABAJADOR: FABIAN ENRIQUE LOBO ROYERO **IDENTIFICACIÓN:**19774695 **EDAD:** 46 Años **SEXO:**M
FECHA DE NACIMEINTO:06/02/1978 **LUGAR DE NACIMIENTO:** TALAIOGUA BOLIVAR **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE
DIRECCION: KRA **TELEFONO:**3046199698 NIVEL ESCOLARIDAD: BACHILLER
EPS: NUEVA EPS **FONDO DE PENSIONES:** PORVENIR **ARL:** SURA **EMPRESA (RUT):**JOSE LUIS OROS ACEVEDO 1026275607.
EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.* **SERVICIO:** CONSULTA OCUPACIONAL
SEDE OLAYA 1 /ORDEN:998 005505

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				**NORMAL**		**HEMOCLASIFICACION**		**O+**
2. ESPIROMETRÍA (KNUDSON)				**NORMAL**		**PSICOTEST DE ALTURA**		**----------**
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				**AV DL Y DC OBSERV.**		**PRUEBAS NEUROLOGICAS**		**NORMAL**
4. GLICEMIA				**NORMAL**		**OSTEOMUSCULAR**		**NORMAL**
5. P. LIPIDICO				**NORMAL**		**ELECTROCARDIOGRAMA**		**NORMAL**
6.V/F	**F/C**	**87 L/M**	**PESO**	**69..3 Kg**	**ESTATURA**	**1.71 CM**	**T/A**	**115/72 mmHg**

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	USO DE GAFAS	SI	*NO*
1. VISUAL	**NINGUNA**		*X*
2. CARDV	**NINGUNA**		*X*
3. AUDITIVO	**NINGUNA**		X

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO SIN RESTRICCIONES	***X***
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MESA **MEDICO OCUPACIONAL** **RM: 88099** Dr. Jose E Olivera Mesa Médico Ocupacional RM 88099	**FIRMA:** _____ **NOMBRE:** FABIAN ENRIQUE LOBO ROYERO **CEDULA: 19774695**	**HUELLA INDICE DERECHO**

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

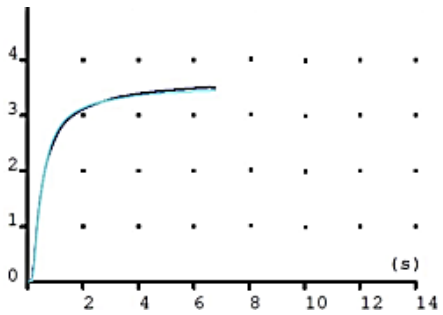
Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.
TCS: No infiltrado.
Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 20 x min.
Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
***Fc*: 87 x min. *TA:* 115/72 mmHg.**
Abdomen: Plano, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración no visceromegalia.

(SOMA): **SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.**
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.
Espirometria: Sin alteraciones,en reporte valores dentro de límites Normales.

INFORME DE FVC **Maniobra Nº: 1**

PARÀMETRE		PRE.	REF	(%)	POST	(%)	(%R)
Mejor FVC	(l)	3.50	3.66	96	3.43	-1	94
Mejor FEV1	(l)	2.75	2.90	95	2.83	3	98
FVC	(l)	3.50	3.66	96	3.43	-1	94
FEV1	(l)	2.75	2.90	95	2.82	2	97
FEV1/FVC	(%)	78.62	79.61	99	82.25	5	103
PEF	(l/s)	5.91	6.38	93	6.66	12	104
FEF25%-75%	(l/s)	2.45	3.03	81	2.85	15	94
Edat del Pulmó		38.31			35.52	-7	0



Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual.
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert – Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

***Impresión Diagnostica*: Paciente sano.**
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	**SI (X)**	**NO ( )**
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	**SI (x)**	**NO ( )**
3. APTO PARA LABORAR ESPACIOS CONFINADOS	**SI (x)**	**NO ( )**