

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.128.329.572
SEVERICHE MANCERA
APELLIDOS
JERSON ENRIQUE
NOMBRES
Jerson E. Severiche M.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1997
TALAIGUA NUEVO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

09-ABR-2015 SANTA BARBARA DE PINTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2107800-00712940-M-1128329572-20150604 0044445330A 1 41641978

REPUBLICA 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

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen 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 AFILIACIÓN: A. Individual — 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 — BG Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE: 1. Dependiente ~ — 3. Independiente — C. Cesante — 2. Dependiente pensionado — 4. Contribuyente voluntario
C1621 08 10 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Severiche Mancera Jerson Enrique
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1128329572
9. FECHA NACIMIENTO: 06 04 1997
10. PAÍS DE NACIMIENTO: colombia
11. NACIONALIDAD: colombia
12. SEXO: M
13. GRUPO ÉTNICO: SI ☐ NO ☐
14. DISCAPACIDAD: NINGUNA
15. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: Positiva pensionr
16. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 34 N. 9-16
17. DEPARTAMENTO: Casanare
18. CIUDAD: Yopal
19. TELÉFONO FIJO:
20. CELULAR: 3115720881
21. CORREO ELECTRÓNICO: Jeisonseveriche@gmail.com
22. IPS ODONTOLOGÍA: 6996

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Confirmación X

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Diligencie o complemente con el formulario del cotizante)

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
2. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
3. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
4. FECHA NACIMIENTO
5. PAÍS DE NACIMIENTO
6. NACIONALIDAD

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

	1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	2. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	3. NÚMERO DE IDENTIDAD	4. SEXO	5. FECHA DE NACIMIENTO	6. PARENTESCO
1						
2						
3						
4						
5						

V. DATOS DE RESIDENCIA

Consecutivo	Departamento	Ciudad	Teléfono	10. MUNICIPIO	11. CÓDIGO EPS	GRUPO EPS CONVENIO EPS/EOC	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	SEPARADO	UNIDO
1									
2									
3									
4									
5									
6									

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

Jose luis Ospino acevedo CC 1026275607 Dependiente
X Calle 26 N. 14-04 Yopal Casanare
Cocoros 3212145252-8859764 07102024 Obrero empleado 1300000
18thotmail.co

7. 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, Cómo:
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. VINCULADO: A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL REGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN — B) DIFERENTE REGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIDO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PRISIONERO
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 DE IDENTIFICACIÓN
46. FECHA (a partir de) — 47. EPS ANTERIOR Código — 48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — 49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración - Bajo la gravedad de juramento que afirmo/ Declaro - que conozco y he leído el(los) Decreto(s) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ de _____ del _____ y la(s) Resolución(es) _____ de _____ del _____ y manifiesto que:

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que afirmo/ Beneficiario(a) reportado(a) depender económicamente de mí.
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
52. Declaración de existencia de vínculos 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 del 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 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 en 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 del grupo familiar que nuevo asuma el pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN — 64. SEXO BIOLÓGICO — FECHA NACIMIENTO — FIRMA

IX. FIRMAS

Jeison E. Severiche H. — Samuel Gomez

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario solicita aplique — 62. Apertura o calidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
0 8 OCT 2024

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 SISBÉN — SI — NO — Clasificación
75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN 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 con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

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:

JERSON ENRIQUE SEVERICHE MANCERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.329.572**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 07 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 %	
C1128329572	SEVERICHE MANCERA JERSON ENRIQUE	08/10/2024		2292L341	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 07/10/2024 17:46:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.185, 198.143.41.31, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS



FECHA DE EXAMEN 04/10/2024 8.05 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	**Nit:**	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	**e-mail:**	certificadoshelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 314 2601669 – 314 2601616	**Sede:**	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	JERSON ENRIQUE			**Apellidos**	SEVERICHE MANCERA				
Identificación	CC	1128329572	**Edad**	27 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguíneo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	TALAIGUA NUEVO BOLIVAR			**Fecha de nacimiento**		06/04/1997	**Estrato**	2
Estado civil	Unión libre	**Escolaridad**	Bachiller		**Teléfonos**	3046199698			
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**				
EPS	MUTUAL SER E.P.S								
ARL	COMPAÑÍA SURAMERICANA			**Fondo de Pensiones**	PORVENIR				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	OROS ACEVEDO JOSE LUIS	**EMPRESA USUARIA**	NO APLICA
CARGO	OFICIAL		
FECHA DE INGRESO		**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN VISIOMETRIA	GLICEMIA BASAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL-HDL-LDL-TRIGLICERIDOS)	

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
OBSERVACIONES	NO PRESENTA SINTOMAS, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA SARSCOV2-COVID19 EN EL MOMENTO DEL EXAMEN
RECOMENDACIONES	CONTROL MEDICO RUTINA POR E.P.S

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

OCUPACIONALES

Uso de EPP	Pausas activas

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ
C.C 1032358700 RM: 7122-2013
Firma y sello del Médico Evaluador

Jerson E. Severiche M.

JERSON ENRIQUE SEVERICHE MANCERA
C.C 1128329572
Firma del trabajador Evaluado

