PREVISalud

NIT. 901114320-0

CERTIFICADO DE CONDICIONES DE SALUD



1. DATOS DEL PACIENTE

Fecha	: 2025-01-22	**Edad**	: 53 Años 2 Meses 23 Dias
Paciente	: SERVIO JOSE GARCIA RODRIGUEZ	**Tipo de Exámen**	: Examen médico laboral Ingreso
Genero	: MASCULINO	**Identificación**	: 11000842
Fecha Nacimiento	: 1971-11-03	**Teléfono**	: 3205702343
Estado Civil	: Union Libre	**Cargo**	: MAESTRO DE OBRA
Direccion	: VEREDA SIERRA CHIQUITA	**EPS**	: MUTUAL SER
Escolaridad	: Bachiller	**ARL**	: POSITIVA
		AFP	: COLFONDOS

2. EXÁMENES MÉDICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO

Examen de Seguridad Vial : NO APLICA

Audiometria : NORMAL

Visiometria/Optometria : CON ALTERACIÓN VISUAL ACTUAL QUE NO INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. DEBE USAR LENTES PARA LEER . CONTROL ANUAL

Examen Medico Laboral con Enfasis : OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES .

Examenes de Laboratorio : SI ORDENADOS - DENTRO DE LÍMITES NORMALES

Otros Examenes : MANIOBRAS PARA TRABAJO EN ALTURAS : NEGATIVO PARA VERTIGO

3. RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

3.1 Recomendaciones para el Trabajador : HIDRATESE ADECUADAMENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL . ANTES DE COMENZAR A TRABAJAR PREPARE SUS MANOS, HAGA MOVIMIENTOS CIRCULARES CON LA MUÑECA Y ESTIRE LOS DEDOS Y LAS MUÑECAS. SE RECOMIENDA BUENA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL , PAUSAS ACTIVAS POR JORNADA LABORAL, REALIZAR PAUSAS DE REPOSO VISUAL , MANTENER EL PESO IDEAL , VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VISUAL,

3.2 Recomendaciones para la Empresa : CONTINUAR CON EL SEGUIMIENTO PERIÓDICO AL TRABAJADOR, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DADAS POR MEDICINA LABORAL,PERMITIR QUE EL TRABAJADOR REALICE LAS PAUSAS LABORALES ACTIVAS CADA DOS HORAS POR JORNADA LABORAL DURANTE 3 A 5 MIN.

3.3 Remisiones : VALORACION POR OFTALMOLOGIA PARA MANEJO DE PATOLOGIA CONJUNTIVAL , VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU IPS .

3.4 Recomendaciones Generales : - Examen médico ocupacional periódico - Dieta sana y ejercicio - Pausas activas e higiene postural - Uso de elementos de protección personal (EPP) - Auto examen Testicular

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

Sin restricciones para trabajo en alturas

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son veridicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior

y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

Dra. Ketty Lilian Córdoba Córdoba
RM 20582 - LIC 00-4502

Firma y Sello del Médico Especialista en SST

Firma del Trabajador

Huella

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23001-00059291-SM

Fecha de Radicación: 23/01/2025

I. DATOS DE TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( )	B. Colectiva ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia (X) -Beneficiario o Afiliado ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( )	5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ( ) B. Independiente (X) C. Pensionado ( )
		Código (a registrar por la EPS) ( )

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y Nombres			
GARCIA	RODRIGUEZ	SERVIO	JOSE
7. Tipo de Documento de Identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 11000842	9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)	10. Fecha de Nacimiento: 03/11/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo: F N M	Condición: T P		ND
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: NINGUNA	16. Administradora de Pensiones: COLFONDOS		17. Ingreso Base de Cotización - IBC: 1423500	
18. Residencia: VI V FI NUEVA ESPERANZA VEREDA SIERRA CHIQUITA	Teléfono Fijo	3205702343	SERVIOGAR123@GMAIL.COM	
MONTERIA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana ( ) Rural (X)	MONTERIA (Localidad/Comuna)	CORDOBA (Departamento)	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente

19. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de Documento de Identidad ( )	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	23. Fecha de Nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25.	Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29.	Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: F	Tipo: N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32.	Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urban	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B	1		
B	2		
B	3		
B	4		

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

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de Identidad	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SERVIO RODRIGUEZ GARCIA RODRIGUEZ	CC	11000842	Independiente

39. Ubicación				
VEREDA SIERRA CHIQUITA (Dirección)	Teléfono	SEVIOGAR123@GMAIL.COM (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	CORDOBA (Departamento)

mutualser

Atención sin tanta vuelta

NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad		Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		0 1 0 1 2 0 2 5

43. EPS anterior	44. Motivo de Traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que 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.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
1 Soro Garcia 81000942	1 Silva Garcia 1100084 42

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
  Cantidad: 0 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0 Total 0
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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 conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **SERVIO JOSE GARCIA RODRIGUEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **11000842** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**UT SALUD EN ACCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**01/01/2025**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 23 de enero del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS