



República de Colombia

UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR



Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional

Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Confiere el título de
Médica

KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS

Documento de identificación

C.C. No. 1043.026.879

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 28 días del mes de Julio de 2022 y la refrenda con las firmas de rigor.

[Firma]
Rector

[Firma]
Secretaría General

[Firma]
Decano

Registrado en el Folio No. 04 del Libro de Diplomas 3r Secretaría General de la Universidad

43192

05826

ACTA DE GRADO AG-118-311

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de julio del año 2022, se efectuó la ceremonia de graduación de:

LOPEZ CABARCAS KARYL KARYME

Documento de identificación N° 1043026879

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Decano de la Facultad y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número 43192, que le acredita como:

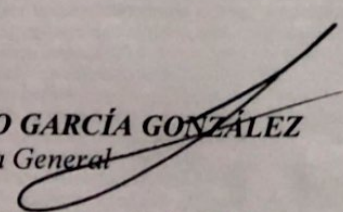
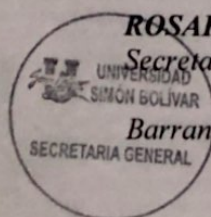
MEDICA

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; Martha Novoa Fernández, Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud; y Rosario García González, Secretaria General.

Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-118, en lo pertinente. Registrado en el folio No.04, del libro de diplomas No.85, de la Secretaria General de la Universidad.

Dado en la Universidad Simón Bolívar, a los veintiocho (28) días del mes de julio de 2022.


ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ
Secretaria General

Barranquilla, julio 28 de 2022.

República de Colombia



INSTITUCIÓN EDUCATIVA “ASPROS” BILINGÜE

Resolución de Aprobación 01154 de Marzo 10 de 2011
Sabanalarga - Atlántico

Confiere a:

Karyl Karyme López Cabarcas

T.I. 98072070992 S/LARGA - ATLCO.

El Título de

Bachiller Académico
Con Profundización en Inglés

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Nayibe Blal Cervantes
Nayibe Blal Cervantes
Rectora
C.C. No.22.638.568 Sabanalarga

Patricia Moreno Cepeda
Patricia Moreno Cepeda
Secretaria General
C.C.32.846.858 Sabanalarga

Registro Acta de Grado
Libro No 3 Acta No 44
Folio No: 44 No de Orden: 13

Registro Diploma
Reg. No: 983 Libro No: 1
Folio No: 140 Dic/7/14

Sabanalarga, Diciembre 7 de 2014

República de Colombia



INSTITUCIÓN EDUCATIVA "ASPROS" BILINGÜE

Resolución de Aprobación 01154 de Marzo 10 de 2011
Sabanalarga - Atlántico

Acta de Grado
Nº 44

En la ciudad de Sabanalarga, a los 7 días del mes de diciembre del año 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria (o) en la Rectoría de la Institución Educativa "ASPROS" Bilingüe aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación media vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Bachillerato Académico con Profundización en Inglés según resolución N° 01154 de Marzo 10 de 2011

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los educandos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de estudio vocacional, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico con Profundización en Inglés a los graduandos cuyos nombres, apellidos y números del documento de identidad se relacionan a continuación:

No.13 Nombre: **LOPEZ CABARCAS KARYL KARYME**
Documento de identidad **T.I. 98072070992 S/LARGA - ATLCO.**

Esta Acta consta de 31 estudiantes graduados, comienza con el nombre de **ÁLVAREZ AGUAD YANETH LUCIA** y termina con el nombre de **ZAMBRANO JINETE HOVERMARS**

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 70 del Decreto 180 de 1981.

Para constancia se firma en Sabanalarga, a los 7 días del mes de Diciembre de 2014.

Nayibe Blal Cervantes
Nayibe Blal Cervantes
Rectora
C.C. No.22.638.568 Sabanalarga

Patricia Moreno Cepeda
Patricia Moreno Cepeda
Secretaria General
C.C.32.846.858 Sabanalarga



Empresa Social del Estado E.S.E
HOSPITAL LOCAL DE LURUACO
NIT.: 890.103.025-6

EL SUSCRITO GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LURUACO

CERTIFICA QUE:

KARYL LOPEZ CABARCAS, Identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.043.026.879, presto sus servicios profesionales en esta entidad como **MEDICO GENERAL** en el periodo comprendido 1º. De agosto de 2022 hasta el 30 de noviembre de 2022. Mediante contrato de prestación de servicios. Quien cumplió de manera satisfactoria con las actividades encomendadas.

Se expide la presente a los 02 días del mes de febrero de 2023.

Atentamente,

JOSE JOYMAR MOLINARES ROA
GERENTE.

Trabajamos por tu salud...

Cra.: 20 No. 21 - 181
Tel.: 8749090
Cel.: 301 6134847
E-Mail.: hospital@ese-luruaco-atlantico.gov.co
eseluruaco@yahoo.es • Luruaco - Atlántico

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS DE
BIENESTAR IPS S.A.S**

CERTIFICA QUE:

Que el (la) Señor (a) **KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1.043.026.879**, labora en nuestra compañía desde el **9 de febrero de 2023**.

El (la) Señor (a) **KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS**, actualmente se encuentra desempeñando el cargo de **Medico General**, posee un contrato de trabajo a término **Fijo** y devenga un salario básico mensual de **Tres millones quinientos veintiocho mil pesos (\$3.528.000,00).M/cte.**

La presente certificación se expide en a solicitud del interesado(a), en Barranquilla el día **29 de noviembre de 2023**.

Atentamente.



JAZMIN GARCIA ESCOBAR
Directora de Recursos Humanos

**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:

KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.026.879**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Septiembre del 2025.

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.



01B 00000000

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN
DÍA MES AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN ☒ 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 A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA SI ☐ NO ☒	5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
7. CÓDIGO		

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO Lopez SEGUNDO APELLIDO Colaracas PRIMER NOMBRE Karyl SEGUNDO NOMBRE Karyme	9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. S. R.C. T.I. ☒ C.E. S.C. C.D. A.S. P.T. ☐	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1043026874	11. SEXO BIOLÓGICO ☒ M ☐ F	12. SEXO IDENTIFICACIÓN Cual? ☒ M ☐ F ☐ NB Otro
13. NACIONALIDAD Colombia	14. LUGAR DE NACIMIENTO Atlántico	15. FECHA NACIMIENTO 20 04 1998	16. ETHIA	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETHIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒	19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI ☐ NO ☒	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	21. GRUPO	22. GRUPO POBLACION ESPECIAL	23. AEP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA DIRECCIÓN Cruz 24-08 AURORA
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/DISTRITO		LOCALIDAD/COMUNA
ZONA URBANA ☐ RURAL ☐ DISPERSO ☐ RURAL ☐ IPS										

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO F M	31. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro		
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO	DÍA MES AÑO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO						

Datos complementarios del beneficiario

43. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	44. ETHIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. TIENE ENCUESTA SISBEN?	47. TIPO DE DISCAPACIDAD	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	49. DISCAPACIDAD	50. GRUPO	51. Datos de residencia	52. ZONA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO	PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO						

53. TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	54. VALOR DE LA CUA DEL AFIILIADO ADICIONAL	55. DIRECCIÓN	56. LOCALIDAD/COMUNA	57. CORREO ELECTRÓNICO	58. IPS	59. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)

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

60. Nombre o razón social	61. Tipo documento de identificación	62. Número del documento de identificación	63. Tipo de aportante o pagador de pensiones (A registrar por la EPS)	
59. Ubicación	64. TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	65. CORREO ELECTRÓNICO	66. DEPARTAMENTO	67. MUNICIPIO/DISTRITO

VI. REPORTE DE NOVEDADES

68. TIPO DE NOVEDAD	69. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO	70. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO	71. INSCRIPCIÓN EPS RETIRO AL RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	72. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	73. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	74. MOVILIDAD	75. AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	76. AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	77. TRASLADO	78. MISMO RÉGIMEN	79. DIFERENTE RÉGIMEN	80. REPORTE DE FALLECIMIENTO	81. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	82. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	83. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	84. REPORTE DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	85. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
---------------------	--	---	--	--	---	---------------	-----------------------------	---------------------------	--------------	-------------------	-----------------------	------------------------------	--	--	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	62. SEXO BIOLÓGICO F M	63. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro		
64. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	65. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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.	☐
70. Declaración de que no obligo a afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐
71. 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	☐
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐
73. 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.	☐
74. 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.	☐
75. Autorización 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.	☐
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso 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.	☐
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines meramente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).	☐
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	☐
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.	☐

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. 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

80. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	81. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	82. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	83. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	84. MOTIVO DE TRASLADO Código	85. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
--	--	-----------------------------------	--	----------------------------------	--

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
---	---

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT	Total
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	☐
85. Copia de la orden judicial o de la sentencia judicial que declare el divorcio, acta de conciliación o 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.	☐
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐
87. Copia de la orden judicial o del acta administrativo de custodia.	☐
88. 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.	☐
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.17.3 del Decreto 780 de 2016	☐
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	☐
Total Anexos	

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
--	------------------------------

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO
98. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	99. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	100. CÓDIGO DE LA INSTITUCIÓN	101. CÓDIGO DEL FUNCIONARIO

OBSERVACIONES:

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, Karel Harome Lopez Cabarcas identificado (a) con CC T.I. X C.E. S.C. C.D. R.E. P.T.
número 1043026874 de Salamanca, 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. _____ y/o correo electrónico: _____

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 ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(a) señor(a) _____ Identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: Karel Lopez
Tipo ID: CC No. ID: 1043026874
Fecha de Solicitud: 02/10/2023
Dirección: Cra 22 #24-08 N. R. B. B.
Tel: _____ Municipio: Salamanca
Departamento: Atlántico



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

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____ Huella _____

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 de tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

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.

• 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 transferencia, transmisión 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.

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.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	NO			
Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐			\$									
Nivel de Escolaridad: Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐				Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐								
Básica Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado ☐				Inicio Contrato ☐ Fin Contrato ☐								
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 1999 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.												
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO			Nombre del Tercero		Tipo de Identificación		NIT		C.C.	C.E.	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

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1043026879 expedida en SABANALARGA-ATLANTICO, actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

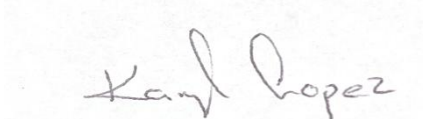
Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Manatí.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento el día 01 de octubre 2025.

Firma:



Nombre: **KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS**
C.C 1043026879 de Sabanalarga-Atlántico

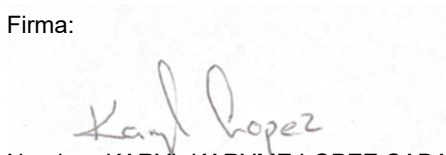
**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL LOCAL MANATI ATLANTICO**, de lo siguiente:

1. La **E.S.E HOSPITAL LOCAL MANATI ATLANTICO** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL LOCAL MANATI ATLANTICO**.
2. Que me ha sido informada la(s) finalidad(es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL LOCAL MANATI ATLANTICO** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.
6. La **E.S.E HOSPITAL LOCAL MANATI ATLANTICO** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL LOCAL MANATI ATLANTICO** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL LOCAL MANATI ATLANTICO**.
8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en el Municipio de Manatí Atlántico a los 01 días del mes de septiembre de Dos Mil Veinticinco (2025).

Firma:



Nombre: KARYL KARYME LOPEZ CABARCAS
C.C. 1043026879 DE SABANALARGA-ATLANTICO