

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	14-08-2024	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.	14-08-2024	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.	14-08-2027	PUBLICO

VALID 157009 1021



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002962908

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 2968992

Libertad y Orden

NOMBRE

GIOVANNI ALFONSO LOVERA CUBILLOS

FECHA DE NACIMIENTO

22-08-1978

SANGRE RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

14-08-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



República de Colombia

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

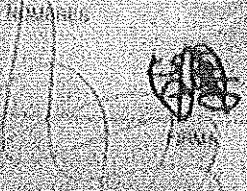
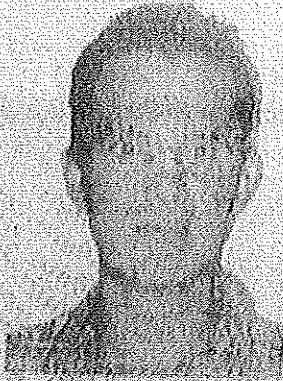
STRIA TTOY TE MCPAL POPAYAN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.968.992
LOVERA CUBILLOS

APELLIDOS
GIOVANNI ALFONSO

FECHA DE EMISION



FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1978

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

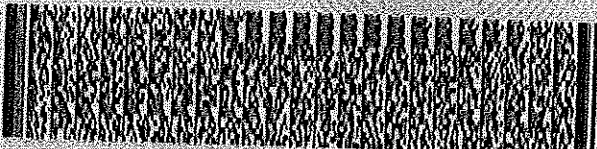
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 0+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-MAR-1997 CAJICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL BLANCO TORRES

INDICE DERECHO



A-1503100-00702336-M-0002968992-20150505 0044059292A 1 1903375499

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

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

GIOVANNI ALFONSO LOVERA CUBILLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **2.968.992**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 26 de Octubre del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite		A. Individual		A. Contributivo	
A. Afiliación		B. Reporte de Novedades		B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante		A. Dependiente		(a registrar por la EPS)	
B. Cabeza de Familia		B. Independiente			
C. Beneficiario		C. Pensionado			

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Lorena		Cubillos		Giovanni	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo	
CN TI CE CD		2968.992		Femenino Masculino	
RC CC PA SC				Masculino	
				10. Fecha de nacimiento	
				22/09/1978	

Datos Personales					
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN	
		Tipo F N M Condición T P			
14. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC
Calpatria					2'000'000
18. Residencia Dirección					Teléfono Fijo
Vereda San Bernardino					
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
314-4729229		gocgiovag12@gmxil.com			
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna	
Dopae		Urbana Rural		Departamento	
				Cauca	

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR					
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante					
19. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Primer Apellido				Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo	
CN TI CE CD				Femenino Masculino	
RC CC PA SC					
				23. Fecha de nacimiento	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales					
24. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Primer Apellido				Segundo Nombre	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios					
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo	
B1				Femenino Masculino	
B2				Femenino Masculino	
B3				Femenino Masculino	
B4				Femenino Masculino	
B5				Femenino Masculino	
28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco			

30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de Residencia	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
B1		F N M T P		Urbana Rural Cauca	
B2		F N M T P		Urbana Rural Cauca	
B3		F N M T P		Urbana Rural Cauca	
B4		F N M T P		Urbana Rural Cauca	
B5		F N M T P		Urbana Rural Cauca	
33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)					

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)	
		Orishol		10321	
C					
R					

35. Nombre o razón social: *Greca copio*

36. Tipo documento de identificación: NIT ☒ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐

37. Número del documento de identificación: *900860.017*

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a Registrar por la EPS):

39. Ubicación Dirección: *Parque Industrial lote 3H*

Teléfono Fijo: *317.364.9205*

Correo Electrónico: *greca@copio.com*

Municipio / Distrito: *Popayán*

Departamento: *Cauca*

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 la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen

☐ 15. Reporte de fallecimiento.

☐ 16. Reporte del trámite de protección al cosante.

☐ 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: *Greca* Segundo Apellido: *Copio* Primer Nombre: *Greca* Segundo Nombre: *Copio*

Tipo de documento de identidad: CN ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ RG ☐ CG ☐ FA ☐ SG ☐

Número del documento de identidad: *900860017*

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Fecha de nacimiento: *19012021*

42. Fecha: *19012021*

43. EPS anterior: *Greca copio*

44. Motivo de traslado: Código: *0*

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones: *Greca copio*

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ 46. Declaración 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 la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la regularan.

☒ 52. Autorización para que la EPS maneje 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.

☒ 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: *Greca copio*

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: *Parque Industrial lote 3H*

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: *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: *160101* Código del Departamento: *16*

67. Datos del SISBEN: Número de ficha: *0* Puntaje: *0* Nivel: *0*

68. Fecha de Radicación: *19012021*

69. Fecha de Validación: *19012021*

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido: *Portuondo* Segundo Apellido: *876778* Primer Nombre: *Portuondo* Segundo Nombre: *876778*

71. Firma del Funcionario: *Portuondo 876778*

Observaciones: *Portuondo 876778*

Recuerda 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.



POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): GIOVANNI ALFONSO LOVERA CUBILLOS identificado con Cédula Ciudadanía No. 2968992, de la empresa CONCRETOS Y AGREGADOS GEOACOPIO S.A.S está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 28/01/2021 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101011400576.

Dada en Bogotá, a los 27 días del mes de enero de 2021

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

AÑO 2021 MES 01 DÍA 27

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

[illegible]

Diligencie este formulario en letra impresa y tinta color negro

No.

SOLICITUD INSCRIPCIÓN

☒ INGRESO
☐ REINGRESO
☐ MODIFICACIÓN INSCRIPCIÓN

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

TRABAJADOR DEPENDIENTE

☐ SUBSIDIO FAMILIAR MONETARIO
☐ SUBSIDIO FAMILIAR EN SERVICIOS
☐ TRABAJADOR (A) SERVIDOR DOMESTICO
☐ MADRES COMUNITARIAS

REGIMEN DE AFILIACIÓN VOLUNTARIA (ART. 18 LEY 1689/07)

☐ TRABAJADOR INDEPENDIENTE
☐ AFILIACIÓN VOLUNTARIOS 0.6%
☐ AFILIACIÓN FACULTATIVOS 2%
☐ PENSIONADOS POR FIDELIDAD
☐ PENSIONADOS 1.5 % SAL.MV
☐ PENSIONADOS + 1.5 % SAL.MV

PARTE A

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)

Comercios y Agropecuarios ETORACPIO SAS

NIT: C.C. T.I. C.E. PASI. DV
No. 900560017 9

PARTE B

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO

Lobera

SEGUNDO APELLIDO

Cobrillos

PRIMER NOMBRE

Giovanni

SEGUNDO NOMBRE

Alfonso

FECHA DE NACIMIENTO

AÑO MES DÍA
1978 08 22

GENERO

F ☐ M ☒

C.C. T.I. C.E. PASI.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

No. 2968992 710311997

ESTADO CIVIL

SOLTERO ☒ CASADO ☐

(VIUDO) UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐

SECTOR

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA

URBANO ☒

MUNICIPIO

Popayan

DEPARTAMENTO

Cauca

PAIS

Colombia

TEL

314729299

E-MAIL

gobdovarr@gmail.com

INFORMACIÓN LABORAL

MUNICIPIO DONDE LABORA

Popayan

FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA

AÑO MES DÍA
2021 01 19

CARGO QUE DESEMPEÑA

gerente

HORAS LABORALES AL MES

240

SALARIO BÁSICO

2000.000

JEFE DE HOGAR

SI ☐ NO ☒

TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO

SI ☐ NO ☒

ACTIVIDAD DE SEMEJANZA EN EL SECTOR AGROPECUARIO

AGRICULTURA ☐ SILVICULTURA ☐ GANADERIA ☐ PESCA ☐ AVICULTURA ☐ APICULTURA ☐

PARTE C

INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

AÑO MES DÍA

CONVIVE

SI ☐ NO ☐

C.C. T.I. C.E. PASI.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

TIPO DE RELACIÓN

CONYUGE ☐ COMPAÑERO ☐

OCCUPACIÓN

HOGAR ☐ EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ PENSIONADO ☐ SIN EMPLEO ☐

EMPRESA DONDE LABORA

NIT

SUBSIDIO SI ☐ NO ☐

POR CUAL CAJA RECIBE SUBSIDIO

PARTE D

DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

AÑO MES DÍA

C.C. T.I. C.E. PASI.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

OCCUPACIÓN

HOGAR ☐ EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ PENSIONADO ☐ SIN EMPLEO ☐

EMPRESA DONDE LABORA

NIT

SUBSIDIO SI ☐ NO ☐

POR CUAL CAJA RECIBE SUBSIDIO

PARTE E

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO		15/05/2025						IDENTIFICACIÓN C.O.T.I.C.F. ASISTENTE SOCIAL (Nº)		USO
				AÑO	MES	DÍA	F	M	O	T	D	N	O	R	Tipo	Número y fecha de expedición	N/A
					</												



Con Amor, Ciencia, Trascendencia y
Sabiduría proyectamos nuestra vida.

COLEGIO DE LA PRESENTACION ZIPAQUIRA

Aprobado para **BACHILLERATO** por Resolución N° 001278 del 16 de noviembre de 1999, Para **PRIMARIA Y PREESCOLAR** por Resolución N° 000214 del 4 de mayo de 2000 expedidas por la Secretaría de Educación de Cundinamarca. Resolución No. 949 del 12 de noviembre de 2014 y Resolución N° 969 de 05 de octubre de 2015, Expedida por la Alcaldía Municipal de Zipaquirá Secretaría de Educación.

Establecimiento Educativo Privado Carácter Mixto Código ICES 009530 Calendario A
Código DANE 325899000443

NIT. 860.006.745-6 CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN-PROVINCIA DE BOGOTÁ

SUSCRITA RECTORA DEL COLEGIO DE LA PRESENTACIÓN ZIPAQUIRÁ

HACE CONSTAR:

Que, **LUNA VALERIA LOVERA CLAVIJO** identificada con Tarjeta de Identidad No.1.072.654.182 expedida en Cajicá, se encuentra matriculada en el grado **NOVENO** de Educación Básica Secundaria, año 2022 (febrero 1 a noviembre 30), calendario A, con una intensidad horaria de 35 horas semanales y un horario de 6:45 a.m. a 2:00 p.m.

Dada en Zipaquirá a los 18 días del mes de febrero del año 2022.

Liliana Rojas C.

Lic. Liliana del Pilar Rojas Cortés

Rectora

81

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.072.654.182

LOVERA CLAVIJO

APELLIDOS

LUNA VALERIA

NOMBRES

Luna Valeria Lovera Clavijo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
20-SEP-2025

FECHA DE VENCIMIENTO
18-DIC-2017 CAJICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

20-SEP-2007

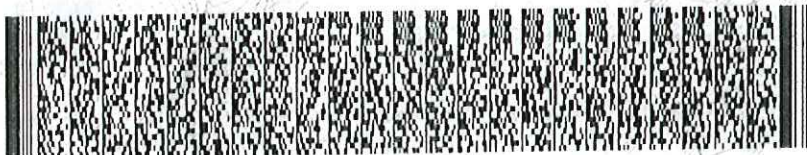
O+

G S RH

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1503100-00965520-F-1072654182-20180102

0059004358A 1

1904754702

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1072654182

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42367291

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 1 0 1
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURÍA DE CHIA COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA*****

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
LOVERA*****		CLAVIJO*****	
Nombre(s)			
LINA VALERIA*****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 0 7	Mes 8 Día 2 0	F	O
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA*****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****

Número certificado de nacido vivo

A 772731*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CLAVIJO REAL LIZ MARINA*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0020500058*****

Nacionalidad

COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LOVERA CUEILLOS GIOVANNI ALFONSO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0002988992*****

Nacionalidad

COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOVERA CUEILLOS GIOVANNI ALFONSO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0002988992*****

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 0 7 Mes OCT Día 2 4

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDISON ASIEL RONCANCIO MARTINEZ

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

EDISON ASIEL RONCANCIO MARTINEZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



FECHA DE CERTIFICADO:

2025-02-24

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

CONCRETOS Y AGREGADOS GEOACOPIO S.A.S

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR DE VEHÍCULOS PESADOS (AUTOBOMBA)



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
GIOVANNI ALFONSO LOVERA CUBILLOS	CC2968992	SOLTERO
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	CONDUCTOR DE VEHÍCULOS PESADOS (AUTOBOMBA)	46 años 6 meses 2 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
CALLE 74N # 2AE-34	GODGIOVAG12@GMAIL.COM	3144729229

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

El servicio médico ocupacional de IMPACTO IPS con el/la Dr. ANNIE CRISTINA LASSO TORRES Médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen físico y revisión de exámenes complementarios correspondientes al mismo concepto:

Con defecto físico o enfermedad que no disminuye su capacidad laboral para la labor asignada. Sin restricciones para desempeñar el cargo

El concepto se emitió con base en los siguientes exámenes practicados:

Examen médico ocupacional de Periódico con énfasis en Trabajo en alturas, Énfasis Osteomuscular y Énfasis en Conducción Vehicular

Audiometría	Optometría
Espirometría	Perfil Lipídico
Glicemia	Hemograma
Radiografía de Torax	Psicosensométrico
Vacuna Antitetánica	

RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES

Hábitos y Estilos de Vida Saludables:

Habitos saludables.

Recomendaciones ocupacionales:

Uso de EPP.

SVE Osteomuscular.

Capacitación.

Observaciones y Recomendaciones Adicionales

PUEDES REALIZAR ACTIVIDAD FISICA QUE NO SEA DE ALTO IMPACTO . PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DE MOVILIDAD SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD POR EPS PUEDE REALIZAR SU ACTIVIDAD LABORAL CITA DE SEGUIMIENTO DEBE APORTAR HISTORIA CLINICA E IMAGENES 2025.

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de caracter confidencial

RM 1085660579
LC 944-19042021

ANNIE CRISTINA LASSO TORRES
Registro Médico: 1085660579

GIOVANNI ALFONSO LOVERA CUBILLOS
CC2968992

FECHA DE CERTIFICADO:

2025-02-24

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

CONCRETOS Y AGREGADOS GEOACOPIO S.A.S

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR DE VEHÍCULOS PESADOS (AUTOBOMBA)



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
GIOVANNI ALFONSO LOVERA CUBILLOS	CC2968992	SOLTERO
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	CONDUCTOR DE VEHÍCULOS PESADOS (AUTOBOMBA)	46 años 6 meses 2 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
CALLE 74N # 2AE-34	GODGIOVAG12@GMAIL.COM	3144729229

ANTECEDENTES DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

Factores de Riesgo

Movimientos Repetidos

Manejo de Cargas

1 a 6 Kg

SINTOMAS Y PARTE CORPORAL AFECTADOS

Dolor Articular No existen síntomas

EXAMEN FISICO

Fuerza	Normal
Sensibilidad	Normal
Motilidad	Normal
Marcha	Normal
Columna Vertebral	Normal
Reflejos OT	Normal

MANIOBRAS ESPECIALES

Tinel Manos	Negativo
Phanel Manos	Negativo
Filkestein	Negativo
Maniobras para Hombros	Negativo
Signo del Cajón de Rodillas	Negativo
Signo del Bostezo de Rodillas	Negativo
Signo Lasegue	Negativo

RESULTADO EXAMEN OSTEOMUSCULAR: Anormal

Observaciones

SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD POR EPS

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de caracter confidencial

RM 1085660579
LC 944-19042021

ANNIE CRISTINA LASSO TORRES
Registro Médico: 1085660579

GIOVANNI ALFONSO LOVERA CUBILLOS
CC2968992