EDELMIRA VARÓN CORONADO	ENTREGA DE ELEMETOS DE PROTECCION

TRABAJADOR:	Michael Jhon Restrepo	DOCUMENTO:	1002634223
CARGO:	Ayonte	AREA:	Operativo

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL									RECIBIDO		ENTREGADO
GUANTE	LENTE CLARO	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	CASCO DE SEGURIDAD	TAPA BOCA	PROTECTOR AUDITIVO DIADEMA	GUANTE NITRILO	Chaleco		FIRMA	FECHA	ENTREGADO POR
x	x	x	x				x		Marcol Restrepo	05/11/25	Daniela H

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUÍ SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier dudad sobre su correcta utilizacion y conservación.
c. Solicitar un nuevo elemento en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	ENTREGA DE ELEMETOS DE PROTECCION

TRABAJADOR:	Juan Camilo Ramirez	DOCUMENTO:	1033750217
CARGO:	Ayudante	AREA:	Operativo

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL									RECIBIDO		ENTREGADO
GUANTE	LENTE CLARO	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	CASCO DE SEGURIDAD	TAPA BOCA	PROTECTOR AUDITIVO DIADEMA	GUANTE NITRILO	Chaleco		FIRMA	FECHA	ENTREGADO POR
X	X	+	+				+		Juan Camilo Ramirez Giraldo	05/11/25	Domcb H

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUÍ SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilizacion y conservación.
c. Solicitar un nuevo elemento en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	ENTREGA DE ELEMETOS DE PROTECCION

TRABAJADOR:	Carlos Alberto Parejo	DOCUMENTO:	75090633
CARGO:	Oficial	AREA:	Operativo

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL									RECIBIDO		ENTREGADO
GUANTE	LENTE CLARO	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	CASCO DE SEGURIDAD	TAPA BOCA	PROTECTOR AUDITIVO DIADEMA	GUANTE NITRILO	chaleco reflectivo		FIRMA	FECHA	ENTREGADO POR
X	X	X							Carlos A pareja p.	16/10/25	Daniela H
		X							Carlos A pareja p.	20/10 25	Daniela H
							X		Carlos A pareja.	24/10/25	Daniela H
						X			Carlos A pareja p.	27/10/25	Daniela H
						X			Carlos A pareja..	31/10/25	Daniela H
						X			Carlos A pareja	06/11/25	Daniela H
						X			Carlos A pareja	19/11/25	Daniela H

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUÍ SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier dudad sobre su correcta utilizacion y conservación.
c. Solicitar un nuevo elemento en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	ENTREGA DE ELEMETOS DE PROTECCION

TRABAJADOR:	Jorge eliecer Moreno	DOCUMENTO:	6463097
CARGO:	Ayante	AREA:	Operativo

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL									RECIBIDO		ENTREGADO
GUANTE	LENTE CLARO	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	CASCO DE SEGURIDAD	TAPA BOCA	PROTECTOR AUDITIVO DIADEMA	GUANTE NITRILO	Chaleco Reflectivo		FIRMA	FECHA	ENTREGADO POR
X	X	X	X				X		JORGE MORNO	27/10/25	Damola H
						X			JORGE MORNO	07/11/25	Damola H
						X			JORGE MORNO	19/11/25	Damola H

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUÍ SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier dudad sobre su correcta utilizacion y conservación.
c. Solicitar un nuevo elemento en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	ENTREGA DE ELEMETOS DE PROTECCION

TRABAJADOR:	Mauricio Ramirez	DOCUMENTO:	1053823372
CARGO:	Ayudante	AREA:	Operativo

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL									RECIBIDO		ENTREGADO
GUANTE	LENTE CLARO	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	CASCO DE SEGURIDAD	TAPA BOCA	PROTECTOR AUDITIVO DIADEMA	GUANTE NITRILO	Chaleco reflativo		FIRMA	FECHA	ENTREGADO POR
X	X	✓	X				X		Mauricio Ramirez	27/10/25	Daniela H
						X			Mauricio Ramirez 2	07/11/25	Daniela H

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUÍ SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier dudad sobre su correcta utilizacion y conservación.
c. Solicitar un nuevo elemento en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	ENTREGA DE ELEMETOS DE PROTECCION

TRABAJADOR:	Brando stiven Osorio	DOCUMENTO:	1002633002
CARGO:	Ayudante	AREA:	Operativo

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL									RECIBIDO		ENTREGADO
GUANTE	LENTE CLARO	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	CASCO DE SEGURIDAD	TAPA BOCA	PROTECTOR AUDITIVO DIADEMA	GUANTE NITRILO	Chaleco Reflectivo		FIRMA	FECHA	ENTREGADO POR
	X	X	X			X			Brandon Osorio	24/10/25	Daniela H
							X		Brandon Osorio	28/10/25	Daniela H
						X			Brandon Osorio	06/11/25	Daniela H
						X			Brandon Osorio	21/11/25	Daniela H

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUÍ SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier dudad sobre su correcta utilizacion y conservación.
c. Solicitar un nuevo elemento en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	ENTREGA DE ELEMETOS DE PROTECCION

TRABAJADOR:	Alexander Alzate	DOCUMENTO:	10266540
CARGO:	Ayuante	AREA:	Operativo

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL									RECIBIDO		ENTREGADO
GUANTE	LENTE CLARO	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	CASCO DE SEGURIDAD	TAPA BOCA	PROTECTOR AUDITIVO DIADEMA	GUANTE NITRILO	Chaleco reflectivo		FIRMA	FECHA	ENTREGADO POR
X	X	X							x Alexander Alzate	16/10/25	Daniela H
							X		Alexander Alzate	24/10/25	Daniela H
						X			Alexander Alzate	27/10/25	Daniela H
						X			Alexander Alzate	19/11/25	Daniela H

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUÍ SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier dudad sobre su correcta utilizacion y conservación.
c. Solicitar un nuevo elemento en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Scanned with CamScanner

REGISTO FOTOGRAFICO DE ORDEN Y ASEO EN LA INSTITUCION EDUCACTIVA INEM BALDOMERO SANIN CANO

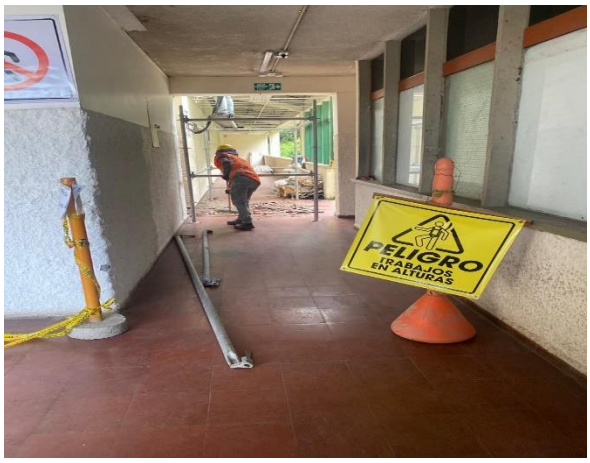








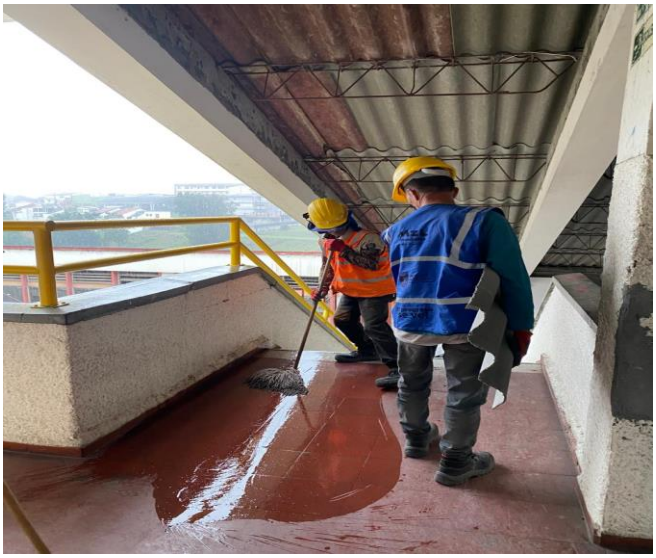














Registro Fotográfico de Capacitaciones









Evaluación Médica Ocupacional de Retiro

Dando cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, el empleador debe contemplar dentro de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, la realización del Examen Médico de Retiro a los trabajadores que se desvinculan de la Empresa.

Por lo anterior y considerando que, el ex trabajador no se practicó la Evaluación Médica de Retiro dentro de los tiempos establecidos por **EDELMIRA VARON CORONADO** se suscribe el presente desistimiento.

Desistimiento por parte del Trabajador a la Evaluación Médica de Retiro

No obstante, lo establecido en el artículo 2.2.4.6.10 de la Resolución 1072 del 26 de mayo de 2015, sobre la responsabilidad que tienen los trabajadores de suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud y, participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo; desisto en forma expresa a la realización de la Evaluación Médica Ocupacional a la cual fui convocado.

Firma: Mauricio Ramirez Londoño

C.C. N° 1.053 823 372

Fecha: 12/11/25

Scanned with CamScanner

Evaluación Médica Ocupacional de Retiro

Dando cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, el empleador debe contemplar dentro de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, la realización del Examen Médico de Retiro a los trabajadores que se desvinculan de la Empresa.

Por lo anterior y considerando que, el ex trabajador no se practicó la Evaluación Médica de Retiro dentro de los tiempos establecidos por **EDELMIRA VARON CORONADO** se suscribe el presente desistimiento.

Desistimiento por parte del Trabajador a la Evaluación Médica de Retiro

No obstante, lo establecido en el artículo 2.2.4.6.10 de la Resolución 1072 del 26 de mayo de 2015, sobre la responsabilidad que tienen los trabajadores de suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud y, participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo; desisto en forma expresa a la realización de la Evaluación Médica Ocupacional a la cual fui convocado.

Firma: Manuel Restrepo

C.C. N° 1001 634 223

Fecha: 19/11/25

Scanned with CamScanner

Evaluación Médica Ocupacional de Retiro

Dando cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, el empleador debe contemplar dentro de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, la realización del Examen Médico de Retiro a los trabajadores que se desvinculan de la Empresa.

Por lo anterior y considerando que, el ex trabajador no se practicó la Evaluación Médica de Retiro dentro de los tiempos establecidos por **EDELMIRA VARON CORONADO** se suscribe el presente desistimiento.

Desistimiento por parte del Trabajador a la Evaluación Médica de Retiro

No obstante, lo establecido en el artículo 2.2.4.6.10 de la Resolución 1072 del 26 de mayo de 2015, sobre la responsabilidad que tienen los trabajadores de suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud y, participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo; desisto en forma expresa a la realización de la Evaluación Médica Ocupacional a la cual fui convocado.

Firma: Juan Carlo Manrique Giraldo

C.C. N° 1055750214

Fecha: 13/11/25

Scanned with CamScanner

Clínica Fame I.P.S.S.A.
Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Fecha y hora: 04-11-2025 10:40 AM
Identificación: CC 1002634223
Paciente: MICHAEL STIVEN RESTREPO GALVEZ
Entidad: Salud Total Eps-S S.A.

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN DE INGRESO CON ALTURAS CON EDELMIRA VARON
CARGO: AYUDANTE
Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:SI_X__ NO___
EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometría:SATISFACTORIO
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría: SATISFACTORIO
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: SATISFACTORIO
Evaluación Dermatológica: SATISFACTORIO
Evaluación Trabajo en Alturas: SATISFACTORIO
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: SATISFACTORIO
Evaluación Abdominal: SATISFACTORIO

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una equis (x) según corresponda)

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍCA SUGERIDOS: NINGUNO

Scanned with CamScanner

Clínica Fame I.P.S SA.
Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

EXAMEN LABORAL DE: INGRESO
SATISFACTORIO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS
RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,CUMPLIR CON LOS REGLAMENTOS DE SST, INFORMAR CAMBIOS DE SALUD Y ACCIDENTES LABORALES, NO SE EVIDENCIAN HERNIAS NI EVENTRACCIONES EN ESTE ESTUDIO, HIGIENE POSTURAL. ACATAR NORMAL DE SEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS, NIEGA EPILEPSIAS Y CONVULSIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registro en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clinica antes de la respectiva toma de pruebas.Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara el (los) exámenes.Fui informado de las medidas que tomará la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, las respuestas dadas por éstas son verídicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Observaciones:
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO APTO PARA REALIZAR TRABAJO CON ALTURA

Profesional que realizó el certificado:

Dr Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8740

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 **RM: 8440**
SALUD OCUPACIONAL

Marco Restrepo
1002 634 223

Scanned with CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN DÍA 01 MES 11 AÑO 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RESTREPO	GALVEZ	MICHAEL	STIVEN

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1002634223	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIANO	PAÍS: COLOMBIA — DEPARTAMENTO: CALDAS — MUNICIPIO: MANIZALES	DÍA 13 MES 06 AÑO 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA D

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.423.500			3234606392	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CARRERA 1 # 148D-86 BL 29 # -		MICHAELSTIVENRG@GMAIL.COM	CALDAS

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
MANIZALES	SAN SEBASTIAN	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO	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 F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
EDELMIRA VARON CORONADO	CC - Cédula de Ciudadanía	38235810	3158803977	

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
CALLE 20 # 32-09 # -	EDELMIRAVARON@HOTMAIL.COM	HUILA	NEIVA

RADICADO 01-11-2025 AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
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 PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO [ ]
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RESTREPO	GALVEZ	MICHAEL	STIVEN

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1002634223	F [ ] M [X]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA 13 MES 06 AÑO 2002		DÍA 04 MES 11 AÑO 2025		

VII. 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 mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de 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. [X]
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. [X]
75. 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. [X]
76. a). 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. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 Sisbén 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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

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
Michael Stiven Restrepo	Edelmira Varon

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: 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 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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto 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 2.1.7.3 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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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. -

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:

MICHAEL STIVEN RESTREPO GALVEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.634.223**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de noviembre del 2025.

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.

Medellín, 01 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 VARON CORONADO EDELMIRA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000003 MANIZALEZ			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1002634223	RESTREPO GALVEZ MICHAEL STIVEN	04/11/2025		n1029i23	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 01/11/2025 17:24:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.145.65, 192.230.104.12, 172.16.42.57

LISTADO DE PERSONAL AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL - CONTRATO 2509081012 - MUNICIPIO DE MANIZALES

MANTENIMIENTO Y OBRAS VARIAS DE LA PLANTA FÍSICA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INEM BALDOMERO SANÍN CANO DE PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE MANIZALES

EMPLEADOR: EDELMIRA VARON CORONADO

N°	CEDULA	APELLIDOS	NOMBRES	F. INGRESO	F. RETIRO	ESTADO	OBSERVACIONES
1	10.266.540	ALZATE NOREÑA	ALEXANDER	14/10/2025			
2	16.078.015	BEDOYA BUITRAGO	MIGUEL ANGEL	4/11/2025	5/11/2025	INACTIVO	
3	10.289.179	BEDOYA GIRALDO	JOSÉ LUIS	14/10/2025			
4	1.053.772.064	GOMEZ MARTINEZ	JORGE LUIS	14/10/2025			
5	1.053.828.471	HERNANDEZ GIRALDO	DANIELA	14/10/2025			
6	6.463.093	MORENO GALEANO	JORGE ELIECER	23/10/2025			
7	1.002.633.002	OSORIO CLAROS	BRANDON STIVEN	23/10/2025	21/11/2025	INACTIVO	
8	75.090.633	PAREJA PINO	CARLOS ALBERTO	14/10/2025			
9	1.055.750.217	RAMIREZ GIRALDO	JUAN CAMILO	4/11/2025	12/11/2025	INACTIVO	
10	1.053.823.372	RAMIREZ LONDOÑO	MAURICIO	23/10/2025	7/11/2025	INACTIVO	
11	16.209.900	RAMOS MARTINEZ	JAIME	14/10/2025	30/10/205	INACTIVO	
12	1.002.634.223	RESTREPO GALVEZ	MICHAEL STIVEN	4/11/2025	12/11/2025	INACTIVO	
13	1.053.803.710	TORRES ARIAS	JERSON STIF	14/10/2025	15/10/2025	INACTIVO	

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Danob Hernandez G

LUGAR DE CAPACITACION: Inom bobloncro sonin

TEMA: Charla de seguridad, Pausas activas Orden y aseo

INTESIDAD: 30 Minutos FECHA DE CAPACITACION 07/11/25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Carlos A parejo p.	Carlos A parejo p.	FS090 633
Alexander	Alexander Alzate	70266540
Mauricio Ramirez L	Mauricio Ramirez L	1.053 825 377
JOSE MORNO	JOSE MORNO	6.463093
Brandon osorio	Brandon osorio	1002633003
Juan Camilo Ramirez Giraldo		1.055.750.217
Manuel Steven Restrepo	Manuel Restrepo	1007 634 223.

FIRMA FACILITADOR: Danob Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Danela Hernandez G

LUGAR DE CAPACITACION: Inem baldomero sanin

TEMA: Reforzamiento trabajo seguro en alturas

INTESIDAD: 30 Minutos FECHA DE CAPACITACION 10-11-25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Carlos A perez j.	Carlos A perez j.	15090633
Alexander	Alexander Alzate	1026665460
JorgE MORENO	JorgE MORENO	6463088
Juan Camilo Ramirez Giraldo		1.055.750.218
Marcol Stiven Restrepo	Marcol Restrepo	1002634223

FIRMA FACILITADOR: Danela Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Daniela Hernandez Giraldo

LUGAR DE CAPACITACION: Jardin botanico Joaquin Cano

TEMA: Capacitacion Manejo seguro de herramientas manuales y electricos

INTESIDAD: 30 Minutos FECHA DE CAPACITACION 12-11-25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Carlos A parra g.	Carlos A parra g.	75090633
JORGE MORENO	JORGE MORENO	6.463033
Alexander	Alexander Alzate	70266540
Juan Carlo Parra Giraldo		1055750217
Marco Steven Restrepo	Marco Restrepo	1002 634 223
Brandon osorio	Brandon osorio	1002633002

FIRMA FACILITADOR: Daniela Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Daniela Hernandez

LUGAR DE CAPACITACION: Fnam baldomero sonin cano

TEMA: capacitacion en señalizacion y control de orden y aseo

INTESIDAD: 30 Minutos FECHA DE CAPACITACION 14-11-25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Brandon osorio	Brandon osorio	1002633002
Alexander	Alzate	70266540
JoRGE MORNO	JoRGE MoRNO	6-463093
Carlos Alberto pajaj.	Carlos A pajaj.	FS090633

FIRMA FACILITADOR: Daniela Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Danelo Hernandez 6

LUGAR DE CAPACITACION: Inom Goldamaro Jonin Cono

TEMA: Capacitacon uso adecuado de elementos de Protecaon EPPs

INTESIDAD: 30 Minutos FECHA DE CAPACITACION 18-11-25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Carlos x prueba prueba	Carlos x prueba	8 5090 693
Jorge Moreno	Jorge Moreno	6-463093
Alexander	Alexander Alzate	70266540
Brandon osorio	Brandon osorio	1002633002

FIRMA FACILITADOR: Danelo Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Daniela Hernandez G

LUGAR DE CAPACITACION: Inem Bolivariano Jornada Con

TEMA: Pausas activas

INTESIDAD: 15 Minutos FECHA DE CAPACITACION 20-11-25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Carlos A Perez P.	Carlos A Perez P.	TI 090 633
ZORAEMORNO	ZORAEMORNO	6-463093
Alexander	Alexander Alzate	T0266540
Brandon Osorio	Brandon Osorio	1006337008

FIRMA FACILITADOR: Daniela Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Danela Hernandez G

LUGAR DE CAPACITACION: Inom baldomero sanin cano

TEMA: Charla de seguridad y autocuidado para realizar actividades de alturas

INTESIDAD: 30 Minutos FECHA DE CAPACITACION 24-11-25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Jorge Moreno Alexander	Jorge Moreno Alexander Alzate	6-463093
		70 266 546
		TS 090 653

FIRMA FACILITADOR: Daniela Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner

EDELMIRA VARÓN CORONADO	REGISTRO ASISTENCIA DE CAPACITACIONES

FACILITADOR: Daniela Hernandez G

LUGAR DE CAPACITACION: Inem Baldomero Sanin Cano

TEMA: Induccion y Reinduccion, Socializacion de Politicas de seguridad y salud en trabajo

INTESIDAD: 30 Minutos FECHA DE CAPACITACION 05/11/25

EMPLEADOS	FIRMA	CEDULA
Alexander	Alexander Alzate	70266540
Jorge Moreno	Jorge Moreno	G-463093
Mauricio Ramirez Z	Mauricio Ramirez Z	1053823372
Carlos A parejo	Carlos A parejo	75090653
Brandon Osorio	Brandon Osorio	1002633002
Manuel Steven Restrepo	Manuel Restrepo	1002 634 223
Juan Camilo Ramirez Giraldo	[illegible]	1.055.750.217

FIRMA FACILITADOR: Daniela Hernandez

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Scanned with CamScanner