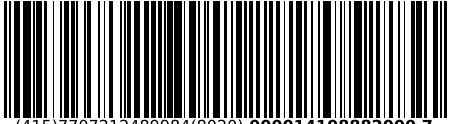




| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 256.000 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 256.000 | \$ 0 | \$ 256.000   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 256.000 | \$ 0 | \$ 256.000   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                           |                |                     |       |                      |               |       |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|---------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                           | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                    |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7                                  | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 39.000   | \$ 39.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 39.000    |
| SUBTOTALES:                           |                           |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 39.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 39.000    |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 495.000</b> |
|----------------------|-------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario |  |                                                                                                                                  |  | 001                         |  |
| 2. Concepto 1 3 Actualización de oficio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |  | 4. Número de formulario 141088820007                                                                                             |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  | <br>(415)7707212489984(8020) 000014108882000 7 |  |                             |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 6. DV                                    |  | 12. Dirección seccional                                                                                                          |  | 14. Buzón electrónico       |  |
| 1 0 9 6 2 3 4 4 5 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 0                                        |  | Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja                                                                                           |  | 2 9                         |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 24. Tipo de contribuyente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 25. Tipo de documento                    |  | 26. Número de Identificación                                                                                                     |  |                             |  |
| Persona natural o sucesión ilíquida 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Cédula de Ciudadanía 1 3                 |  | 1 0 9 6 2 3 4 4 5 2                                                                                                              |  |                             |  |
| Lugar de expedición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 28. País                                 |  | 29. Departamento                                                                                                                 |  | 30. Ciudad/Municipio        |  |
| COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1 6 9                                    |  | Santander                                                                                                                        |  | Barrancabermeja 0 8 1       |  |
| 31. Primer apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 32. Segundo apellido                     |  | 33. Primer nombre                                                                                                                |  | 34. Otros nombres           |  |
| RIVERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | RODRIGUEZ                                |  | JEAN                                                                                                                             |  | CARLOS                      |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 38. País                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 39. Departamento                         |  | 40. Ciudad/Municipio                                                                                                             |  |                             |  |
| COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1 6 9                                    |  | Santander                                                                                                                        |  | Barrancabermeja 0 8 1       |  |
| 41. Dirección principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| CL 35 45 8 BRR PLANADA DEL CERRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 42. Correo electrónico jeank0703@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |  | 44. Teléfono 1                                                                                                                   |  | 45. Teléfono 2              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                          |  | 3 2 0 2 3 8 4 2 3 3                                                                                                              |  | 3 1 1 5 2 6 8 9 8 7         |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  | Ocupación                                                                                                                        |  |                             |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Actividad secundaria                     |  | Otras actividades                                                                                                                |  | 52. Número establecimientos |  |
| 46. Código 47. Fecha inicio actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 48. Código 49. Fecha inicio actividad    |  | 50. Código 1 2                                                                                                                   |  | 51. Código                  |  |
| 8 2 9 9 2 0 2 2 0 1 0 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 7 4 9 0 2 0 2 2 0 7 0 8                  |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 53. Código 5 4 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |  | Exportadores                                                                                                                     |  |                             |  |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |  | 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3                                                                                                |  |                             |  |
| 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                          |  | 57. Modo 58. CPC                                                                                                                 |  |                             |  |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                          |  |                                                                                                                                  |  |                             |  |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |  | 60. No. de Folios: 0                                                                                                             |  |                             |  |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |  |                                          |  | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.                                                                         |  |                             |  |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  | Firma autorizada:                                                                                                                |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                          |  | 984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA                                                                                       |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                          |  | 985. Cargo                                                                                                                       |  |                             |  |

BMANGA, Octubre 28 de 2025

Señor:

RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS

CC. 1096234452CL 35 45 08 BCA - 6390

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 17 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre                       | Documento  | Tipo | Afiliación  | Sem_cot | Sem_Ant | Parentesco            | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual                          | Discapacidad |
|------------------------------|------------|------|-------------|---------|---------|-----------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------------------|--------------|
| RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS | 1096234452 | C    | May-17-2024 | 49      | 26      | COTIZANTE             | VIGENTE           |                            |                                        | Ninguna      |
| RODRIGUEZ RUEDA GLADYS       | 63456766   | C    | Jul-30-2003 | 4       | 159     | CONYUGE               | NO VIGENTE        | Ago-2-2004                 | Exclusión o anulación de la afiliación | Ninguna      |
| RIVERA BARBOSA JUAN CARLOS   | 91433448   | C    | Jul-30-2003 | 4       | 159     | COMPAÑERO(A)          | NO VIGENTE        | Ago-2-2004                 | Exclusión o anulación de la afiliación | Ninguna      |
| RIVERO RODRIGUEZ NATALIA     | 31606449   | R    | Jul-30-2003 | 4       | 76      | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | NO VIGENTE        | Ago-2-2004                 | Exclusión o anulación de la afiliación | Ninguna      |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante              | Usuario en contrato | Tipo de contrato                                   | Estado de contrato |
|-----------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| CONSTRUCCION Y MONTAJE ELECTRICO S.A.S. | 1096234452          | Dependiente                                        | CERRADO            |
| JEAN CARLOS RIBERA RODRIGUEZ            | 1096234452          | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO            |
| JEAN CARLOS RIBERA RODRIGUEZ            | 1096234452          | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO            |
| JEAN CARLOS RIBERA RODRIGUEZ            | 1096234452          | Independientes con contrato de prestación de servi | VIGENTE            |
| SELCICEN S.A.S.                         | 1096234452          | Dependiente                                        | CERRADO            |

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial  
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**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:**

**JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.234.452**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Octubre 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, 20 de octubre de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096234452 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 21/10/2025

**Fecha fin cobertura:** 20/12/2025

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

1854101 - EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL, INCLUYE FORMACIÓN QUE CAPACITA PARA TRABAJOS QUE REQUIERAN CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y COMPETENCIAS EN ÁREAS ESPECÍFICAS DE LOS SECTORES DE LA PRODUCCIÓN, EL REQUISITO DE HABER CULMINADO EL NOVENO GRADO DE LA EDUCACIÓN BÁSICA O TENER EL TÍTULO DE BACHILLER Y LA PRUEBA ICES; LA FORMACIÓN EN INSTITUCIONES TÉCNICAS PROFESIONALES, IMPARTIDA EN INSTITUCIONES FACULTADAS LEGALMENTE PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES DE CARÁCTER OPERATIVO E INSTRUMENTAL Y DE ESPECIALIZACIÓN EN SU RESPECTIVO CAMPO DE ACCIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0009540103 - CENTRO INDUSTRIAL Y DEL DESARROLLO TECNOLÓGICO

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3331201 - MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN ESPECIALIZADA DE MAQUINARIA Y EQUIPO, INCLUYE TALLERES ELECTROMECÁNICOS, MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE USO INDUSTRIAL, MAQUINARIA PESADA EN GENERAL, ACUMULADORES, MOTORES, EQUIPO DE REFRIGERACIÓN

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3331201 - MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN ESPECIALIZADA DE MAQUINARIA Y EQUIPO, INCLUYE TALLERES ELECTROMECÁNICOS, MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE USO INDUSTRIAL, MAQUINARIA PESADA EN GENERAL, ACUMULADORES, MOTORES, EQUIPO DE REFRIGERACIÓN

**CÓDIGO DE ACTIVIDAD:** 3331201

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

**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:

20/10/2025 6:38 PM

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL****DATOS PERSONALES**Ciudad y Fecha: BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA) 06/10/2025 - 08:44 A. M.Tipo Evaluacion Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESOEmpresa: SENA ()

Cargo: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOSCC: 1096234452de BARRANCABERMEJAFecha de Nacimiento: 03/07/1995Edad: 30 AÑOS Lugar de Nacimiento: BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA) Dir. Residencia: CALLE 35 # 45 -08Estudios: UNIVERSITARIOEstado Civil: SOLTERO(A)E.P.S: SALUD TOTAL.A.F.P: PORVENIR.A.R.L: NO REFIERE**NO USA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL****ANTECEDENTES Y RIESGOS OCUPACIONALES**

| Empresa del Antecedente | Cargo      | Factores de Riesgo | Tiempo Exposición |       |
|-------------------------|------------|--------------------|-------------------|-------|
|                         |            |                    | Años              | Meses |
| INDEPENSIENTE           | INSTRUCTOR | P,B,C              | 1                 | 1     |

**NO REFIERE ANTECEDENTES EN ACCIDENTES DE TRABAJO****NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES****ANTECEDENTES FAMILIARES**

| Enfermedad                 | Observación |
|----------------------------|-------------|
| ASMA                       | NO REFIERE  |
| CÁNCER                     | NO REFIERE  |
| DIABETES                   | NO REFIERE  |
| ENFERMEDAD CORONARIA       | NO REFIERE  |
| ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR | NO REFIERE  |
| HIPERTENSION ARTERIAL      | NO REFIERE  |
| COLAGENOSIS                | NO REFIERE  |
| PATOLOGÍAS TIROIDEAS       | NO REFIERE  |
| OTRO                       | NO REFIERE  |

**ANTECEDENTES PERSONALES**

| Enfermedad     | Observación |
|----------------|-------------|
| PATOLÓGICOS    | NO REFIERE  |
| QUIRÚRGICOS    | NO REFIERE  |
| TRAUMÁTICOS    | NO REFIERE  |
| FARMACOLÓGICOS | NO REFIERE  |
| ALÉRGICOS      | NO REFIERE  |
| PSIQUIATRICOS  | NO REFIERE  |
| FOBIAS         | NO REFIERE  |
| OTRO           | NO REFIERE  |

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

| Nombre del Sistema | Hallazgo     |
|--------------------|--------------|
| CARDIOVASCULAR     | ASINTOMÁTICO |



**HISESA**  
I.P.S.

**NIT: 900451142-7**

Calle 58 # 23 - 56 Barrio Galán

Barrancabermeja - Santander

Cel: 314 470 5724

Email: citas@hisesa.com



DERMATOLOGICO

DIGESTIVO

GENITOURINARIO

NEUROLOGICO

OCULAR

O.R.L.

OSTEOMUSCULAR

RESPIRATORIO

OTRAS

ASINTOMÁTICO

ASINTOMÁTICO

ASINTOMÁTICO

ASINTOMÁTICO

ASINTOMÁTICO

ASINTOMÁTICO

ASINTOMÁTICO

ASINTOMÁTICO

### ACTIVIDAD FÍSICA

| Habito                | Refiere | Cant | Frecuencia   | Observación |
|-----------------------|---------|------|--------------|-------------|
| EJERCICIOS / DEPORTES | NO      | 0    | HORAS/SEMANA | ¿CUÁLES?    |
| ACTIVIDADES MANUALES  | NO      | 0    | HORAS/SEMANA | ¿CUÁLES?    |
| DEPORTES DE CHOQUE    | NO      | 0    | HORAS/SEMANA | ¿CUÁLES?    |
| OFICIOS DOMÉSTICOS    | NO      | 0    | HORAS/SEMANA | ¿CUÁLES?    |

### HÁBITOS TÓXICOS

| Habito                | Refiere | Cant | Frecuencia  | Observación     |
|-----------------------|---------|------|-------------|-----------------|
| CONSUMIDOR DE ALCOHOL | NO      | 0    | NINGUNO     | AÑOS DE CONSUMO |
| FUMADOR ACTUAL        | NO      | 0    | CONSUMO/DÍA | AÑOS DE CONSUMO |
| VAPER                 | NO      | 0    | NINGUNO     | AÑOS DE CONSUMO |

### VACUNA

|              | FECHA ULTIMA DOSIS | DOSIS |
|--------------|--------------------|-------|
| PAI COMPLETO | 05/02/2025         | 2     |

### EXAMENES FÍSICOS

#### SIGNOS VITALES

Tension Arterial: 110 / 70 Frecuencia Cardiaca: 88 X Min Frecuencia Respiratoria: 16 X Min  
Temperatura: 36.00 °C Peso: 80.00 Kg Talla: 184 Cm IMC: 23.63Normal  
Perimetro Abdominal: 94 Cm Interpretación: Alto Riesgo Lateralidad Dominante: DIENTRO

#### CABEZA

| Organo          | Hallazgo  |
|-----------------|-----------|
| CUERO CABELLUDO | NORMAL    |
| OTRO            | NO APLICA |

#### OJOS

| Organo                            | Hallazgo    |
|-----------------------------------|-------------|
| ESCLERAS COLOR                    | ANICTERICAS |
| ESTRABISMO                        | NO          |
| HIPEREMIA CONJUNTIVAL             | NO          |
| PUPILAS - NORMORREACTIVA A LA LUZ | SI          |
| OTRO                              | NO APLICA   |



**HISESA**  
I.P.S.

**NIT: 900451142-7**

Calle 58 # 23 - 56 Barrio Galán

Barrancabermeja - Santander

Cel: 314 470 5724

Email: citas@hisesa.com



| OÍDOS                 |                                             |
|-----------------------|---------------------------------------------|
| Organo                | Hallazgo                                    |
| OTRO                  | NO APLICA                                   |
| EXAMEN EXTERNO        | NORMAL                                      |
| TIMPANOS              | NORMAL                                      |
| NARIZ                 |                                             |
| Organo                | Hallazgo                                    |
| TABIQUE               | NORMAL                                      |
| RINORREA              | NO                                          |
| SANGRADO (EPISTAXIS)  | NO                                          |
| OTRO                  | NO APLICA                                   |
| BOCA                  |                                             |
| Organo                | Hallazgo                                    |
| MUCOSA ORAL           | HUMEDA                                      |
| DENTADURA             | NORMAL                                      |
| OTRO                  | NO APLICA                                   |
| CUELLO                |                                             |
| Organo                | Hallazgo                                    |
| MOVILIDAD             | NORMAL                                      |
| MASAS                 | NO                                          |
| ADENOPATIAS           | NO                                          |
| INGURGITACION YUGULAR | NO                                          |
| OTRO                  | NO APLICA                                   |
| TÓRAX                 |                                             |
| Organo                | Hallazgo                                    |
| EXPANSIÓN TORÁCICA    | SIMETRICA NORMAL                            |
| GANGLIOS AXILARES     | NEGATIVO                                    |
| MAMAS Y PEZÓN         | NORMALES                                    |
| OTRO                  | NO APLICA                                   |
| CARDIO PULMONAR       |                                             |
| Organo                | Hallazgo                                    |
| RUIDOS CARDIACOS      | RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS        |
| AUSCULTACION PULMONAR | RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS |
| OTRO                  | NO APLICA                                   |
| ABDOMEN               |                                             |
| Organo                | Hallazgo                                    |
| INSPECCIÓN            | NORMAL                                      |
| PALPACIÓN             | BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS  |
| AUSCULTACION          | RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES      |



**HISESA**  
I. P. S.

**NIT: 900451142-7**

Calle 58 # 23 - 56 Barrio Galán

Barrancabermeja - Santander

Cel: 314 470 5724

Email: citas@hisesa.com



|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| OTROS                      | NO APLICA              |
| <b>GENITALES</b>           |                        |
| <b>Organo</b>              | <b>Hallazgo</b>        |
| GENITALES EXTERNOS         | NORMAL                 |
| OTRO                       | NO APLICA              |
| <b>EXTREMIDADES</b>        |                        |
| <b>Organo</b>              | <b>Hallazgo</b>        |
| INSPECCION                 | SIMETRICAS, EUTROFICAS |
| DEFORMIDAD                 | NO                     |
| EDEMAS                     | NO                     |
| OTRO                       | NO APLICA              |
| <b>OSTEOMUSCULAR</b>       |                        |
| <b>Organo</b>              | <b>Hallazgo</b>        |
| ARTICULACIONES             | NORMAL                 |
| OTRO                       | NO APLICA              |
| <b>PIEL</b>                |                        |
| <b>Organo</b>              | <b>Hallazgo</b>        |
| PIEL Y FANERAS             | NORMAL                 |
| OTRO                       | NO APLICA              |
| <b>NEUROLÓGICO</b>         |                        |
| <b>Organo</b>              | <b>Hallazgo</b>        |
| FUERZA MUSCULAR            | NORMAL                 |
| SENSIBILIDAD               | CONSERVADA NORMAL      |
| OTRO                       | NO APLICA              |
| <b>COLUMNA</b>             |                        |
| <b>Organo</b>              | <b>Hallazgo</b>        |
| ALINEACIÓN                 | NORMAL                 |
| TEST DE WELLS              | NORMAL                 |
| FLEXIÓN LATERAL            | NORMAL                 |
| ROTACIÓN                   | NORMAL                 |
| DOLOR                      | NO                     |
| MASAS O ESPASMOS           | NO                     |
| OTRO                       | NO APLICA              |
| <b>MIEMBROS SUPERIORES</b> |                        |
| <b>Organo</b>              | <b>Hallazgo</b>        |
| FINKELSTEIN DERECHO        | NEGATIVO               |
| FINKELSTEIN IZQUIERDO      | NEGATIVO               |
| TINEL DERECHO              | NEGATIVO               |
| TINEL IZQUIERDO            | NEGATIVO               |



**HISESA**  
I. P. S.

**NIT: 900451142-7**

Calle 58 # 23 - 56 Barrio Galán

Barrancabermeja - Santander

Cel: 314 470 5724

Email: citas@hisesa.com



|                                                                   |                 |                  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| PHALEN DERECHO                                                    | NEGATIVO        |                  |
| PHALEN IZQUIERDO                                                  | NEGATIVO        |                  |
| PINZAMIENTO SUBACROMIAL DER                                       | NEGATIVO        |                  |
| PINZAMIENTO SUBACROMIAL IZQ                                       | NEGATIVO        |                  |
| PRUEBA PARA EPICONDILITIS DER                                     | NEGATIVO        |                  |
| PRUEBA PARA EPICONDILITIS IZQ                                     | NEGATIVO        |                  |
| OTRO                                                              | NO APLICA       |                  |
| <b>MIEMBROS INFERIORES</b>                                        |                 |                  |
| <b>Organo</b>                                                     | <b>Hallazgo</b> |                  |
| LASSEGUE DERECHO                                                  | NEGATIVO        |                  |
| LASSEGUE IZQUIERDO                                                | NEGATIVO        |                  |
| PULSOS PERIFÉRICOS                                                | NORMAL          |                  |
| OTRO                                                              | NO APLICA       |                  |
| <b>POSTURA/SIMETRÍA</b>                                           |                 |                  |
| <b>Organo</b>                                                     | <b>Hallazgo</b> |                  |
| SIMETRÍA DE HOMBROS                                               | NORMAL          |                  |
| SIMETRÍA DE CADERA                                                | NORMAL          |                  |
| PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN                                          | NEGATIVA        |                  |
| PRUEBA DE ELASTICIDAD                                             | NORMAL          |                  |
| OTRO                                                              | NO APLICA       |                  |
| <b>OTROS HALLAZGOS</b>                                            |                 |                  |
| <b>Organo</b>                                                     | <b>Hallazgo</b> |                  |
| OBSERVACIONES                                                     | NO APLICA       |                  |
| <b>CONSULTAS REALIZADOS</b>                                       |                 |                  |
| <b>Producto</b>                                                   | <b>Valor</b>    | <b>Resultado</b> |
| EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS CARDIOVASCULAR - OSTEOP | N               | N                |
| <b>EXÁMENES REALIZADOS</b>                                        |                 |                  |
| <b>Producto</b>                                                   | <b>Valor</b>    | <b>Resultado</b> |
| CONSULTA PSICOLOGICA                                              | N               | N                |
| <b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS</b>                        |                 |                  |
| <b>Producto</b>                                                   | <b>Valor</b>    | <b>Resultado</b> |
| AUDIOMETRÍA                                                       | N               | N                |
| OPTOMETRIA                                                        | N               | N                |
| <b>LABORATORIOS REALIZADOS</b>                                    |                 |                  |
| <b>Producto</b>                                                   | <b>Valor</b>    | <b>Resultado</b> |
| CUADRO HEMÁTICO                                                   | N               | N                |
| GLICEMIA                                                          | N               | N                |
| PERFIL LIPÍDICO                                                   | N               | N                |
| PARCIAL DE ORINA                                                  | N               | N                |



**HISESA**  
I.P.S.

**NIT: 900451142-7**

Calle 58 # 23 - 56 Barrio Galán

Barrancabermeja - Santander

Cel: 314 470 5724

Email: citas@hisesa.com



#### OBSERVACIONES PARACLINICOS

| CÓDIGO | DIAGNOSTICOS                     | ORIGEN             | TIPO          |
|--------|----------------------------------|--------------------|---------------|
| Z100   | EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL      | Enfermedad general | PRINCIPAL     |
| Z010   | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION    | Enfermedad general | RELACIONADO 1 |
| Z011   | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | Enfermedad general | RELACIONADO 2 |
| Z017   | EXAMEN DE LABORATORIO            | Enfermedad general | RELACIONADO 3 |

#### CONCEPTO MEDICO

**INGRESO, PRE-OCUPACIONAL** NO SE CORRESPONDE CON EL PERFIL DEL CARGO

Observación: NO APLICA

| REQUISITO SALUD                                                                         | CUMPLE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | N/A    |

#### SIN REQUISITOS DE SALUD

| RESTRICCIONES LABORALES     | TIPO      | RECOMENDACIONES |
|-----------------------------|-----------|-----------------|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA       |

#### SIN RESTRICCIONES LABORALES

#### OTRAS RECOMENDACIONES

#### MÉDICO

Firma:

Nombre:

R. M.:

*Angela Calderón Mejía*  
MÉDICO LABORAL  
C.C. 63.456.647  
R.M. 02115-2010-188.2010

CC: 63456647 - ANGELA DEL ROSARIO CALDERON  
L.S.O.: 188.2010

#### TRABAJADOR

Firma:

Nombre:

CC:

*Jean Carlos Rivera R.*

RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS  
1096234452



**HISESA**  
I. P. S.

NIT: 900451142-7

Calle 58 # 23 - 56 Barrio Galán

Barrancabermeja - Santander

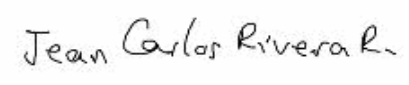
Cel: 314 470 5724

Email: citas@hisesa.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 60.203

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             |                                       | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                                                           |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| 06<br>DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10<br>MES | 2025<br>AÑO | BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO                                                    |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| PARTICULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |             |                                       | SENA                                                                                        |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |             |                                       | Empresa en misión                                                                           |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |             |                                       | Genero                                                                                      |  | Edad            |  | Documento de Identificación         |  |  |  |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                                       | MASCULINO                                                                                   |  | 30 AÑOS         |  | CC 1096234452                       |  |  |  |
| Carga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |             |                                       | EPS                                                                                         |  | AFP             |  | ARL                                 |  |  |  |
| INSTRUCTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |             |                                       | SALUD TOTAL.                                                                                |  | PORVENIR.       |  | NO REFIERE                          |  |  |  |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  | CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO      |  |  |  |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  | N/A                                 |  |  |  |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             |                                       | TIPO                                                                                        |  | RECOMENDACIONES |  |                                     |  |  |  |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |                                       | NO APLICA                                                                                   |  | NO APLICA       |  |                                     |  |  |  |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| AUDIOMETRÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |                                       | PERFIL LIPÍDICO                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| OPTOMETRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |             |                                       | PARCIAL DE ORINA                                                                            |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| CUADRO HEMÁTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       | CONSULTA PSICOLOGICA                                                                        |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| GLICEMIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             |                                       | EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS                                                   |  |                 |  |                                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       | CARDIOVASCULAR - OSTEOMUSCULAR                                                              |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             |                                       | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                                                               |  |                 |  | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |  |  |  |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |             |                                       | USO DE EPP                                                                                  |  |                 |  | HÁBITOS SALUDABLES                  |  |  |  |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |             |                                       | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL                                                           |  |                 |  | FORTALECIMIENTO MUSCULAR            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       | CAPACITACIÓN                                                                                |  |                 |  | CONTROL DE PESO                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  | HACER DEPORTE                       |  |  |  |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |           |             |                                       |                                                                                             |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             |                                       | Aspirante o Trabajador                                                                      |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |             |                                       | Firma:  |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| Nombre: CC: 63456647 - ANGELA DEL ROSARIO CALDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       | Nombre: RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS                                                        |  |                 |  |                                     |  |  |  |
| R. M.: 02115                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |             |                                       | L.S.O.: 188.2010                                                                            |  |                 |  |                                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       |          |  |                 |  |                                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                                       | Código de Seguridad<br><b>H34N1T60203</b>                                                   |  |                 |  |                                     |  |  |  |





**HISSESA IPS**  
**NIT. 900451142-7**  
**REPORTE LABORATORIO CLINICO**

|                             |                                                |
|-----------------------------|------------------------------------------------|
| <b>HISTORIA:</b> 1096234452 | <b>PACIENTE :</b> JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ |
| <b>EDAD:</b> 30 Años        | <b>GENERO:</b> Masculino                       |
| <b>DIRECCIÓN</b> .          | <b>ORDEN:</b> 202510060042                     |
| <b>EPS:</b> HISESA          | <b>FECHA INGRESO:</b> 2025-10-06 09:49         |
|                             | <b>FECHA IMPRESIÓN:</b> 2025-10-06 11:19       |

| Examen | Resultado | Unidades | Inter. Biológico de Ref. |
|--------|-----------|----------|--------------------------|
|--------|-----------|----------|--------------------------|

**QUIMICA**

|                          |       |       |              |
|--------------------------|-------|-------|--------------|
| GLUCOSA                  | 79.0  | mg/dL | 70.0 - 110.0 |
| Método: Enzimático       |       |       |              |
| <b>PERFIL LIPIDICO</b>   |       |       |              |
| COLESTEROL TOTAL         | 184   | mg/dL | 0 - 200      |
| Normal: <200             |       |       |              |
| Límite alto: 200-239     |       |       |              |
| Alto: >=240              |       |       |              |
| Método: Enzimático       |       |       |              |
| COLESTEROL HDL           | 40.0  | mg/dL | 35.0 - 70.0  |
| Elevado: <35             |       |       |              |
| Bajo: >70                |       |       |              |
| Método: Enzimático       |       |       |              |
| TRIGLICERIDOS            | 189   | mg/dL | * 0 - 150    |
| Normal: <150             |       |       |              |
| Riesgo moderado: 150-199 |       |       |              |
| Elevado: 200-499         |       |       |              |
| Muy elevado: >=500       |       |       |              |
| Método: Enzimático       |       |       |              |
| COLESTEROL LDL           | 106.0 |       |              |
| COLESTEROL VLDL          | 38    |       |              |

  
 Laura Paola Centeno Chinchilla  
 R.F. 10556-06  
 Bacterióloga

**HEMATOLOGIA**

|                                                         |       |                     |                 |
|---------------------------------------------------------|-------|---------------------|-----------------|
| <b>HEMOGRAMA</b>                                        |       |                     |                 |
| RECuento DE BLANCOS (WBC)                               | 6.90  | 10 <sup>9</sup> /L  | 5.00 - 10.00    |
| LINFOCITOS %                                            | 38.4  | %                   | 20.0 - 40.0     |
| CELULAS MIXTAS %                                        | 8.4   | %                   | 3.0 - 14.0      |
| GRANULOCITOS %                                          | 53.2  | %                   | 50.0 - 70.0     |
| LINFOCITOS #                                            | 2.60  | 10 <sup>9</sup> /L  | 0.80 - 4.00     |
| CELULAS MIXTAS #                                        | 0.60  | 10 <sup>9</sup> /L  | 0.10 - 1.20     |
| GRANULOCITOS #                                          | 3.70  | 10 <sup>9</sup> /L  | 2.00 - 7.00     |
| HEMOGLOBINA                                             | 13.5  | g/dL                | 12.0 - 16.0     |
| RECuento DE GLOBULOS ROJOS (RBC)                        | 5.22  | 10 <sup>12</sup> /L | 4.00 - 5.50     |
| HEMATOCRITO                                             | 42.9  | %                   | 40.0 - 54.0     |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)                         | 82.2  | fL                  | 80.0 - 100.0    |
| HEMOGLOGINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)                     | 25.8  | ng/dl               | * 27.0 - 34.0   |
| CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR(MCHC)    | 31.4  | g/dL                | * 32.0 - 36.0   |
| ANCHO DE DISTRIBUCION COEFICIENTE DE VARIACION (RDW_CV) | 14.1  | %                   | 11.0 - 16.0     |
| ANCHO DE DISTRIBUCION DESVIACION ESTANDAR (RDW_SD)      | 39.4  | fL                  | 35.0 - 56.0     |
| RECuento DE PLAQUETAS METODO AUTOMATICO                 | 306   | 10 <sup>9</sup> /L  | 150 - 450       |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV)                         | 10.5  | fL                  | 6.5 - 12.0      |
| ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIO (PDW)                 | 14.8  |                     |                 |
| PLAQUETOCRITO (PCT)                                     | 0.321 | %                   | * 0.108 - 0.282 |

**Dirección: Calle 50 # 15-49 Barrio Colombia - Barrancabermeja**

**Telefono: 3167497238**



**HISSESA IPS**  
**NIT. 900451142-7**  
**REPORTE LABORATORIO CLINICO**

|                             |                                                |
|-----------------------------|------------------------------------------------|
| <b>HISTORIA:</b> 1096234452 | <b>PACIENTE :</b> JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ |
| <b>EDAD:</b> 30 Años        | <b>GENERO:</b> Masculino                       |
| <b>DIRECCIÓN :</b>          | <b>ORDEN:</b> 202510060042                     |
| <b>EPS:</b> HISESA          | <b>FECHA INGRESO:</b> 2025-10-06 09:49         |
|                             | <b>FECHA IMPRESIÓN:</b> 2025-10-06 11:19       |

| Examen | Resultado | Unidades | Inter. Biológico de Ref. |
|--------|-----------|----------|--------------------------|
|--------|-----------|----------|--------------------------|

  
 Laura Paola Centeno Chinchilla  
 R.F. 10556-06  
 Bacterióloga

**MICROSCOPIA**

**PARCIAL DE ORINA**

|                  |             |        |
|------------------|-------------|--------|
| COLOR            | AMARILLO    |        |
| ASPECTO          | LIG. TURBIO |        |
| DENSIDAD         | 1.020       |        |
| pH               | 6.0         |        |
| PROTEINAS        | Negativo    | mg/dL  |
| SANGRE           | Negativo    | Ery/UL |
| NITRITOS         | Negativo    |        |
| LEUCOCITOS       | Negativo    | Leu/UL |
| GLUCOSURIA       | Negativo    | mg/dL  |
| CETONURIA        | Negativo    | mg/dL  |
| BILIRRUBINAS     | Negativo    | mg/dL  |
| UROBILINOGENO    | Normal0.2   | mg/dL  |
| CREATINURIA      | 200         | mg/dL  |
| MICROALBUMINURIA | 10          | mg/dL  |
| ACIDO ASCORBICO  | 0           | mg/dL  |

**EXAMEN MICROSCOPICO DE ORINA**

|                     |          |
|---------------------|----------|
| CELULAS EPITELIALES | 1-3 XCAP |
| LEUCOCITOS          | 1-3 XCAP |
| BACTERIAS           | +        |

  
 Laura Paola Centeno Chinchilla  
 R.F. 10556-06  
 Bacterióloga

**Dirección: Calle 50 # 15-49 Barrio Colombia - Barrancabermeja**

**Telefono: 3167497238**



**HISESA**  
I. P. S.

NIT: 900451142-7

Calle 58 # 23 - 56 Barrio Galán

Barrancabermeja - Santander

Cel: 314 470 5724

Email: citas@hisesa.com



## EXAMEN DE OPTOMETRIA

### DATOS PERSONALES

Atención N°: 47,212

Fecha: 06/10/2025 Municipio: BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 1096234452 Nombre: RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS Edad: 30 AÑOS 3  
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR Empresa: SENA  
Eps: SALUD TOTAL Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO  
Lugar del Último Examen: IPS Motivo Consulta: ASISTE POR CONTROL, NO REFIERE SINTOMAS

### ANTECEDENTES VISUALES

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES    | NIEGA     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | NIEGA     |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | NIEGA     |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL  |           |
| LENTES DE CONTACTO         | NO USA    |
| MULTIFOCAL                 | NO        |
| TIPO DE USO                | NO APLICA |
| TRAE RX                    | NO        |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO         |           |
| USA ANTEOJOS               | NO USA    |

### PRUEBAS REALIZADAS

#### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN |           | AV/VL | AV/VP | PH  | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN |  | AV/VL | AV/VP |
|-------------------------------|-----------|-------|-------|-----|-------------------------------|--|-------|-------|
| O.D:                          | NO APLICA | 20/20 | 0.5   | N/A | NO APLICA                     |  | N/A   | N/A   |
| O.I:                          | NO APLICA | 20/20 | 0.5   | N/A | NO APLICA                     |  | N/A   | N/A   |
| A.O:                          | NO APLICA | 20/20 | 0.5   | N/A | NO APLICA                     |  | N/A   | N/A   |

#### EXÁMEN EXTERNO

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

#### REFLEJOS

OBSERVACION: NORMAL

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

#### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

#### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

#### OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

#### QUERATROMETRIA

OJO DERECHO: K' =

OJO IZQUIERDO: K' =

#### REFRACCIÓN

OJO DERECHO NEUTRO AV VL 20/ 20

OJO IZQUIERDO NEUTRO AV VL 20/ 20

#### RX FINAL

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

#### VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

**ESTEREOPSIS**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO                   | OJO   | ORIGEN             | TIPO      |
|--------|-------------------------------|-------|--------------------|-----------|
| Z010   | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION | AMBOS | Enfermedad general | PRINCIPAL |

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

NO USAR GAFAS

CONTROL EN 1 AÑO

**OPTOMETRA**

*Dra. Jessica Ordoñez R.*  
Optómetra USTA  
Reg. CTRP03244

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CC: 63563202 - JESSICA SABRINA ORDOÑEZ

R. M.: 3244

L.S.O.:

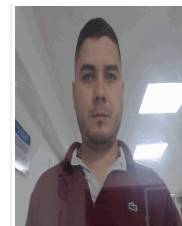
**PACIENTE**

*Jean Carlos Rivera R.*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS

CC: 1096234452



## AUDIOMETRIA

### DATOS PERSONALES

**Atención N°: 43176**

**Fecha:** 06/10/2025 **Ciudad:** BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA)  
**Tipo Exámen:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL.  
**CC:** 1096234452 **Nombre:** RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS **Edad:** 30 AÑOS 3 M **Genero:** MASCULINO  
**Fecha Nacimiento:** 03/07/1995 **Empresa:** SENA **Ocupación:** INSTRUCTOR

### ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

| Empresa    | Cargo      | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|------------|------------|--------------------|------------|------|-------|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA            | NO APLICA  | 0    | 0     |

### EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

| Antecedente en   | Observación | Antecedente en | Observación |
|------------------|-------------|----------------|-------------|
| TEJO             | NO REFIERE  | POLÓGONO       | NO REFIERE  |
| MOTO             | NO REFIERE  | WALKMAN        | NO REFIERE  |
| DISCOTECA        | NO REFIERE  | OTRO           |             |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE  |                |             |

### CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

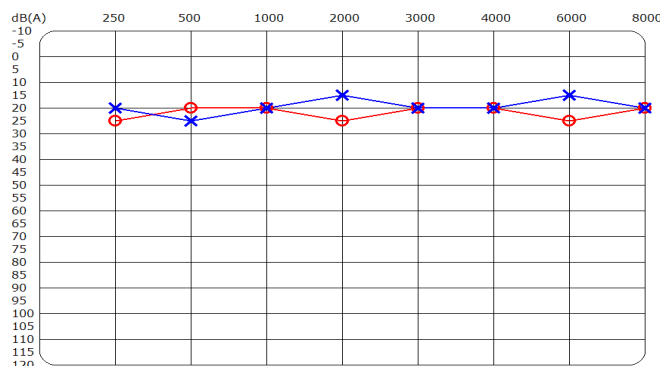
**Descanso auditivo(Horas):** 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI  
**Marca y Referencia audiómetro utilizado:** OSCILLA 350B-1686-GN **F. Última Calibración:** 2023-04-03

○ : Vía aérea del OD      ✕ : Vía aérea del OI  
 < : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)      > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

### OTOSCOPIA

**Oído derecho:** NORMAL  
**Oído izquierdo:** NORMAL

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|-------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| VAOD  | 25  | 20  | 20   | 25   | 20   | 20   | 25   | 20   |
| VAOI  | 20  | 25  | 20   | 15   | 20   | 20   | 15   | 20   |



### PTA

**Oído derecho:** 21.25 **Oído izquierdo:** 20.00

### Descripción Frecuencial

### SEVERIDAD - CAOHC

**Oído derecho:** Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico           | Oído  | Origen             | Tipo      |
|--------|----------------------------------|-------|--------------------|-----------|
| Z011   | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | Enfermedad general | PRINCIPAL |

### RECOMENDACION

### OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO  
 USE PROTECCIÓN AUDITIVA

### Observaciones

AUDICION BILATERAL EN NORMALIDAD

### FONOAUDIÓLOGO

### TRABAJADOR

**Firma:**
**Nombre:** CC: 37842182 - DIANA MARIA RODRIGUEZ

**R. M.:** 08318-2007

**L.S.O.:** INSC-412-2010

**Firma:**
**Nombre:** RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS

**CC:** 1096234452

PACIENTE: **JEAN CARLOS RIVERA**

EDAD: **30 AÑOS**

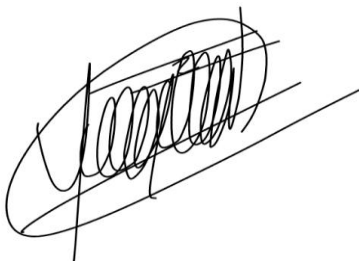
EMPRESA: **PARTICULAR - SENA**

FECHA: **06/10/2025**

| INSTRUMENTOS APLICADOS                                     |
|------------------------------------------------------------|
| ENTREVISTA ESTRUCTURADA                                    |
| TEST GESTALTICO PERCEPTIVO VISOMOTOR DE BENDER             |
| INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO (STAI)               |
| TEST DE ESTIMACIÓN DE LA EXCITABILIDAD INDIVIDUAL (ESTRÉS) |
| MONTREAL COGNITIVE ASSESSEMENT (MOCA)                      |

EL SUSCRITO PSICÓLOGO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN  
EL TRABAJO, CERTIFICA QUE:

EL SEÑOR **JEAN CARLOS RIVERA** CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No **1.096.234.452** EN EL MOMENTO, NO PRESENTA NINGUN TRASTORNO ASOCIADO A ALTOS NIVELES DE ANSIEDAD, FOBIA O ESTRÉS, NI DIFICULTAD O DISOCIACIÓN, NI DESÓRDENES DE LA IMPULSIÓN, PERCEPTUALES Y CONFUSIONALES; NI ALGUN INDICIO DE DETERIORO COGNITIVO, QUE LE IMPIDAN EJERCER SU TRABAJO NORMALMENTE.



**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,096,234,452 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 084624204 aperturada el 10 de febrero de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 5 de octubre de 2025.

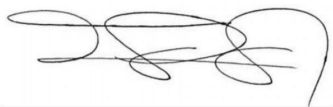
---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0084624204           |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0084000200624204     |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130084000200624204 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO

## CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 56-46-101004291, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BARRANCABERMEJA, a los 21 días del mes de Octubre de 2025

  
Firma autorizada de Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)

|                                                                      |                                                   |              |                          |                    |              |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| FECHA                                                                |                                                   |              |                          |                    |              |
| CONTADO                                                              |                                                   |              |                          |                    |              |
| RECIBIMOS DE:                                                        | RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS                      |              | C.C. C.C. :1,096,234,452 |                    |              |
| LA SUMA DE:                                                          | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |              |                          |                    |              |
| POR CONCEPTO DE:                                                     | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 56-46-101004291              |              |                          |                    |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                                 |                                                   | PRIMA        | GASTOS EXPEDICION        | IVA                | VALOR        |
| AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA - CU. ESTATAL - 101004291 - 0 - 0 |                                                   | \$ 20,000.00 | \$ 8,000.00              | \$ 5,320.00        | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                                        |                                                   |              |                          |                    |              |
| INTERMEDIARIO: FLOR MIRELLA ROJAS PRADO - 112347                     |                                                   |              |                          | EFFECTIVO:         | \$ 33,320.00 |
|                                                                      |                                                   |              |                          | CHEQUE:            | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | TARJETA:           | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | BD:                | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | OTROS:             | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | TOTAL:             | \$ 33,320.00 |
|                                                                      |                                                   |              |                          | CAJERO: RAPIESTADO |              |

ORIGINAL

|                                                                      |                                                   |              |                          |                    |              |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| FECHA                                                                |                                                   |              |                          |                    |              |
| CONTADO                                                              |                                                   |              |                          |                    |              |
| RECIBIMOS DE:                                                        | RIVERA RODRIGUEZ JEAN CARLOS                      |              | C.C. C.C. :1,096,234,452 |                    |              |
| LA SUMA DE:                                                          | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |              |                          |                    |              |
| POR CONCEPTO DE:                                                     | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 56-46-101004291              |              |                          |                    |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                                 |                                                   | PRIMA        | GASTOS EXPEDICION        | IVA                | VALOR        |
| AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA - CU. ESTATAL - 101004291 - 0 - 0 |                                                   | \$ 20,000.00 | \$ 8,000.00              | \$ 5,320.00        | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                                        |                                                   |              |                          |                    |              |
| INTERMEDIARIO: FLOR MIRELLA ROJAS PRADO - 112347                     |                                                   |              |                          | EFFECTIVO:         | \$ 33,320.00 |
|                                                                      |                                                   |              |                          | CHEQUE:            | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | TARJETA:           | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | BD:                | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | OTROS:             | \$ 0.00      |
|                                                                      |                                                   |              |                          | TOTAL:             | \$ 33,320.00 |
|                                                                      |                                                   |              |                          | CAJERO: RAPIESTADO |              |

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.56-46-101004291**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

**1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.**

**1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.**

**1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.**

**1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

**OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.**

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

**2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.**

**2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.**

**2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCuentre OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.**

**2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.**

### 3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

### 4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

### 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

### 6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

### 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

### 11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEÁN LAS PRIMERAS.

### 13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

| Expedido en                                                                | Sucursal          | Código Sucursal                                         | Fecha de Pago | Clave      | Intermediario            |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|---------------|------------|--------------------------|
| BOGOTA, D.C.                                                               | OFICINA PRINCIPAL | 1                                                       | 21/10/2025    | 112347     | FLOR MIRELLA ROJAS PRADO |
| Tomador: JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ                                      |                   |                                                         |               |            | NIT/CC<br>1096234452     |
| Suma de:                                                                   |                   | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.***** |               |            |                          |
| Pagador: FLOR ROJAS                                                        |                   |                                                         |               |            | NIT/CC<br>60356258       |
| Por concepto de:                                                           |                   | APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #705639020                |               |            |                          |
| Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota                                               | Prima             | Gasto                                                   | IVA           | Runt       | Valor                    |
| 56-AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101004291-0-1 | \$20.000,00       | \$8.000,00                                              | \$5.320,00    | \$0,00     | \$33.320,00              |
| Otros conceptos de pago                                                    |                   |                                                         |               |            | Valor                    |
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES                                              |                   |                                                         |               |            | \$33.320,00              |
| Forma de pago                                                              |                   |                                                         |               |            |                          |
| AHORRO                                                                     |                   |                                                         |               | Ahorro:    | \$33.320,00              |
|                                                                            |                   |                                                         |               | Corriente: | \$0,00                   |
|                                                                            |                   |                                                         |               | Tarjeta:   | \$0,00                   |
|                                                                            |                   |                                                         |               | Otro:      | \$0,00                   |
| Transacción: 17604846                                                      |                   |                                                         |               | Total:     | \$33.320,00              |
|                                                                            |                   |                                                         |               | Cajero:    | PAGUESTADO               |



### Hace constar:

Que el Sr(a) JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096234452 realizó el día 23/10/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096234452 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

*Jean Carlos Rivera R.*

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**



Hace constar:

Que el Sr(a) JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096234452 realizó el día 23/10/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

*Jean Carlos Rivera R.*



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096234452 el día 23/10/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

*Jean Carlos Rivera R.*



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096234452 realizó el día 23/10/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

*Jean Carlos Rivera R.*



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



## Hace constar:

Que el Sr(a) JEAN CARLOS RIVERA RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096234452 realizó el día 23/10/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

*Jean Carlos Rivera R.*



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**Jean Carlos Rivera Rodriguez**

C.C 1.096.234.452

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 22 de septiembre 2025

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 769336514000