Bogotá D.C., febrero 19 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS ARIEL RIVERO RAMIREZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79828628, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: RISSK GROUP SAS
ENTRENADOR: CAROL VIVIANA MERCHAN SIGUA
SEDE DONDE SE FORMÓ: RISSK GROUP SAS PRINCIPAL
EMPLEADOR: IMPECONC S.A.S
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 13/02/2026 a 13/02/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 19 de 2026

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:03:02 horas del 19/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79828628,** Apellidos y Nombres **RIVERO RAMIREZ LUIS ARIEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Consorcio Omega**, con NIT **901987827-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 79.828.628
Apellidos
RIVERO RAMIREZ
Nombres
LUIS ARIEL
Nacionalidad
COL
Estatura
1.76
Sexo
M
Fecha de nacimiento
01 ENE 1976
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
EL PAUJIL (CAQUETA)
07 FEB 1994, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
21 MAR 2035


.00
07798670
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0779867000150 1<<<<<<<<<<<
7601015M3503214COL79828628<<<9
RIVERO<RAMIREZ<<LUIS<ARIEL<<<<

CER_AFI_2026017768564

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LUIS ARIEL RIVERO RAMIREZ identificado con CC. 79828628 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	IMPECONC S.A.S	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901452153

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/13	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de febrero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12022026N79828628A8716252.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

200893857

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ; B. Reporte de Novedades x
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ; - Beneficiario o Afiliado adicional ; B. Colectiva ; C. Institucional x ; D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo x ; B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si ; No x
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante x ; B. Cabeza de Familia ; C. Beneficiario ; D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente x ; B. Independiente ; C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS):

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
RIVERO	RAMIREZ	LUIS	ARIEL

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	79828628	Femenino ; Masculino X	F ; M X ; T ; NB ; Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	CAQUETA	EL PAUJIL	01/01/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
6		Si ; No X ; Categoría de discapacidad	Si ; No X	Nivel ; Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA		$1.750.905	

26. Residencia — Dirección: CR 28B 72B 18 SUR BOGOTA ; Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 316 533 3016 ; Correo Electrónico: impeconc@gmail.com

Departamento: BOGOTA ; Municipio / Distrito: BOGOTA ; Localidad / Comuna: ; Zona: Cabecera Municipal ; Centro Poblado X ; Rural Disperso ; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino ; Masculino	F ; M ; T ; NB ; Otro		

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino ; Masculino	F ; M ; T ; NB ; Otro ; Cual	País ; Departamento ; Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino ; Masculino	F ; M ; T ; NB ; Otro ; Cual	País ; Departamento ; Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino ; Masculino	F ; M ; T ; NB ; Otro ; Cual	País ; Departamento ; Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino ; Masculino	F ; M ; T ; NB ; Otro ; Cual	País ; Departamento ; Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino ; Masculino	F ; M ; T ; NB ; Otro ; Cual	País ; Departamento ; Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si ; No	Nivel ; Grupo	Si ; No ; Categoría de discapacidad	Si ; No
B2					Si ; No	Nivel ; Grupo	Si ; No ; Categoría de discapacidad	Si ; No
B3					Si ; No	Nivel ; Grupo	Si ; No ; Categoría de discapacidad	Si ; No
B4					Si ; No	Nivel ; Grupo	Si ; No ; Categoría de discapacidad	Si ; No
B5					Si ; No	Nivel ; Grupo	Si ; No ; Categoría de discapacidad	Si ; No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal ; Centro Poblado ; Rural Disperso ; Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal ; Centro Poblado ; Rural Disperso ; Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal ; Centro Poblado ; Rural Disperso ; Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal ; Centro Poblado ; Rural Disperso ; Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal ; Centro Poblado ; Rural Disperso ; Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

200893857

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO NARIÑO	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
IMPECONC SAS	NIT	901.452.153	

59. Ubicación

Dirección: CR 27 15 35 BRR LA CAROLINA

Teléfono fijo o Celular: 312 596 2497

Correo Electrónico:

Departamento: META

Municipio / Distrito: ACACIAS

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
RIVERO	RAMIREZ	LUIS	ARIEL

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	79828628	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	01/01/1976

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	13-Febrero-2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Luis Rivero Ramirez	Leidy Carrillo

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES: oficios varios

COT DEP COD 01

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Julio Toledo	Julio Toledo 19/02/2026	JULIOTOLEDO 480416

B. REPORTE DE NOVEDADES

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:

LUIS ARIEL RIVERO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.828.628**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Dra. ELIANA BEATRIZ ARAUJO GIL
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
FUSM – UNINORTE
RM 1555804
RES 7050 DE 11/07/2011
RES 11117 DE 3/08/2021

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

FECHA:	20/01/2026
VERSION:	4
PAG:	1 DE 1

FECHA: **DIA:** 22 **MES:** 01 **AÑO:** 2026 **CIUDAD:** VILLAVICENCIO

MOTIVO DE LA EVALUACION MEDICA: **EMPRESA:** IMPECONC S.A.S

1. PREINGRESO **2. PERIODICO** **3. OTRO** X **PERIODICOS**

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ARIEL RIVERO RAMIREZ
IDENTIFICACION: 79.828.628
CARGO DESEMPEÑADO / A DESEMPEÑAR: OFICIAL DE CONSTRUCION **EDAD:** 50 AÑOS

2. PARACLINICOS

LABORATORIOS: GLICEMIA NORMAL, COLESTEROLALTERADO, TRIGLICERIDOS, NORMAL

AUDIOMETRIA: OD AUDICION NORMAL, OI DESCENSO EN FRECUENCIAS DE 3000HZ, 6000HZ LEVE OTRAS FRECUENCIAS
PARAMETROS NORMAL

ESPIROMETRIA: NORMAL

VISIOMETRIA: EMETROPE

OTROS: EXAMEN FISICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

SE LLENA FICHA PARA COVID-19 SIN DATO POSITIVO PARA SOSPECHA Y CLINICAMENTE NO ALTERACION EN VIA RESPIRATORIA

3. HALLAZGOS Y DIAGNOSTICO

SOBREPESO

DEBILIDAD PARED ABDOMINAL

ABUNDANTE TEJIDO ADIPOSO

Trabajador con aptitudes físicas adecuadas para el cargo al que aspira:				
Trabajador con aptitudes físicas para el cargo bajo recomendaciones preventivas:				
Trabajador con aptitudes físicas diferentes a las requeridas para el cargo al que aspira:				
Requiere nueva valoración:				
APTO: TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	**SI**	X	**NO**	

4. OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

S.V.E	VISUA	VOZ	AUDITIV	OSTEOMUSCULA	METABOLICO	PSICOSOCIAL	CARDIOVASCULAR	BIOLOGICO	RESPIRATORIO	QUIMICO
				X						

SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, completar esquema de vacunación de acuerdo a los riesgos presentes en la empresa, capacitaciones en utilización EPP adecuadamente, Higiene Postural, seguir protocolo de ergonomía de la empresa, incluido levantamiento y transporte de cargas, pausas activas incluir estiramiento muscular, cuidado de la columna, cambio de posición a necesidad, protección solar. Durante la emergencia covid-19 la empresa debe asegurar el cumplimiento de medidas de bioseguridad.

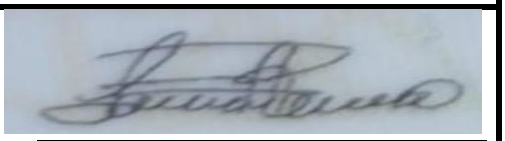
GENERALES: hidratación adecuada (AGUA), protección solar adecuada, hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana con una duración no menor a 30 minutos por sesión, reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales, disminuir de peso, fortalecer pared abdominal, dieta baja en grasas.

TODAS LAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES DEBEN SER DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL TRABAJADOR Y DE LA EMPRESA.

DRA. ELIANA ARAUJO GIL
Especialista en Salud Ocupacional
C.C.22792977
Fusm - Uni Norte
R.M. 1555804
Res. 11117 de 03/08/2021

Registro No. RES. 11117 DE 03/8/2021

ANEXAR A LA HOJA DE VIDA DEL TRABAJADOR



FIRMA DEL TRABAJADOR

ZNOTA: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador, de las exigencias de ley para su realización, por lo cual certifico que he firmado el consentimiento pa que se me realice, incluyendo los exámenes de laboratorios y las diferentes ayudas paraclínicas, establecidas para el cargo dentro del programa de salud ocupacional de la empresa Igualmente autorizo, para que él, mismo sirva, para retroalimentar los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos, según Resolución 2346/07. El paciente declara que información suministrada en este documento es verdadera, y que no omitió ningún dato relevante sobres sus antecedentes familiares, personales intra o extra laborales, que puedan influir sob su estado d salud, siendo esto un riesgo para la labor contratado(a). Además, cumplir con las recomendaciones tanto ocupacionales como ge nerales, que se le han dado. Autorizando poder compart hallazgos diagnostico, recomendaciones, observación y restricciones que se encuentran en este documento, con la persona encargada por parte de la empresa para este fin. La historia clínica es u documento estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: cuando medie mandato judicial; por autorización expresa escrita y co firma autenticada del trabajador interesado; y por la solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social. (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL), Resolucio No.6398 de 1991,
Artículo 2).

RISSK GROUP

Seguridad Industrial Trabajos en Alturas

NIT. 901.415.190 -1

Institución Educativa para el Trabajo Y El Desarrollo Humano RISSK GROUP SAS Nit. 901415190-1 Resolución No 2796 de 2025, de la secretaria de educación Municipal Centro de Entrenamiento Para Trabajo en Alturas Autorizada con Radicado 08SE2021220200000040736 Min.Trabajo Res. 1178 de 2017Organismo Certificado Bureau Veritas Acreditación ONAC 09-CPR-008 Código Certificado CO24.00392 Licencia Seguridad y Salud en el trabajo Resolución N° 191/2021

Para verificar la validez de este certificado consulte la página **www.risskgroup.com**
Manzana R casa 14 Brr. Los Sabanales
Cel. 322-5236363
Email: rissk.group@gmail.com

RISSK GROUP SAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021 y demás normas complementarias

CERTIFICA QUE:

LUIS ARIEL RIVERO RAMIREZ

CC 79828628

Enviado por: IMPECONC S.A.S NIT: 9 0 1 4 5 2 1 5 3

REPRESENTANTE LEGAL: LADINO LADINO ALEXANDER

ARL: SURA

Curso y aprobó satisfactoriamente la acción de formación y entrenamiento:

TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

Con una duración de 8 horas

Realizado en la ciudad de Villanueva, Casanare del 13 de Febrero de 2026 a 13 de Febrero de 2026

Certificado No. RG 32161

Expedido en Villanueva el 13-02-2026

ALVARO CARRILLO
Licencia SST 191 / 2021
GERENTE GENERAL

CAROL MERCHAN S
Entrenador TSA Reg. 08SE201422021-141-EN
Licencia, SST 2853 / 2015

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:00:25 PM horas del 19/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79828628**
Apellidos y Nombres: **RIVERO RAMIREZ LUIS ARIEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.