

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

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

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

Se firma en el Municipio de Manatí Atlántico a los dos (8) días del mes de julio de Dos Mil Veintiséis (2026).

Firma:

  
Nombre: LUIS ANGEL RIVERA PEREZ  
C.C. 1.042.445.473 de Soledad

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **LUIS ANGEL RIVERA PEREZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, 1.042.445.473, expedida en Soledad, actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

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

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

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

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

Me permito suscribir el presente documento el día 8 de julio 2026.

Firma:

  
Nombre: **LUIS ANGEL RIVERA PEREZ**  
C.C 1.042.445.473 de Soledad



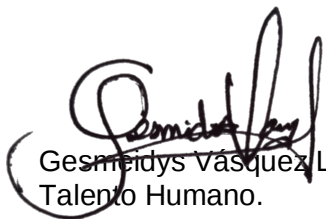
**LC TECHNOLOGY SOLUTIONS BQ S.A.S**  
**Nit. 901392835-2**

### CERTIFICA

Que el Señor LUIS ANGEL RIVERA PEREZ identificado con cedula de ciudadanía C.C. 1.042.445.473 expedida en el municipio de soledad del departamento del atlántico. Estuvo vinculado en esta empresa por medio de un contrato por prestación de servicios como técnico instalador en el área de sistemas desde el 1 de febrero de 2021 hasta el 1 de febrero de 2024.

Cumpliendo a cabalidad con los objetivos de su contrato.

Se expide la solicitud a quien interese a los 23 días del mes de mayo de 2026 en la ciudad de barranquilla.



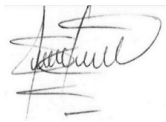
Gesmeidys Vásquez López.  
Talento Humano.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ANGEL RIVERA PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1042445473**, se encuentra afiliado/a desde **22/06/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 1 de julio de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA



## LA CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

Personería Jurídica con Resolución No. 0428 del 28 de enero de 1982

Nit.: 860.503.837-7

### CERTIFICA:

Que, **LUIS ANGEL RIVERA PEREZ** identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1042445473 y código estudiantil No. 100156532, se encuentra cursando el (6) período(s) académico(s) del programa INGENIERÍA DE SOFTWARE para el período 202431 con fecha de inicio del 26 de febrero del 2026 y Finaliza el 16 de Julio del 2026, la duración del programa es de (8) períodos académicos.

Para constancia, se firma y sella en la ciudad de Bogotá D.C., a los 23 días del mes de mayo de 2026.

**MARÍA ADELAIDA ARENAS RODRÍGUEZ**  
Secretaria General



Código: DED6513EA001

Verificar

Calle 67 # 5 - 27 / Tel. (1) 7426582  
Bogotá, Colombia  
<https://www.iberu.edu.co>  
P.J. No. 0428 del 28 de Enero 1982  
MEN/VIGILADA MINEDUCACIÓN

Bogotá, julio 3 de 2026

Señor:  
RIVERA PEREZ LUIS ANGEL  
CC. 1042445473  
CR 19 51 31 - 3313131  
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 Noviembre 13 de 2021.

| Nombre                  | Documento  | Tipo | Afiliación  | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|-------------------------|------------|------|-------------|---------|---------|------------|-------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| RIVERA PEREZ LUIS ANGEL | 1042445473 | C    | Nov-13-2021 | 46      | 36      | COTIZANTE  | VIGENTE           |                            |               | 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 |
|--------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|
| GESTION SOCIAL LC SAS          | 1042445473          | Dependiente      | VIGENTE            |
| LC TECHNOLOGY SOLUTIONS BQ SAS | 1042445473          | Dependiente      | VIGENTE            |

### 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,



JAVIER CARREÑO  
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL  
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

La República de Colombia y en su nombre



# Institución Educativa Nuestra Señora Del Carmen

Soledad - Atlántico

Aprobación oficial según resolución No. 0372 del 28 de Julio de 2008  
Emanada de la Secretaría de Educación Municipal de Soledad

Confiere a:

**Ribera Pérez Luis Angel**

C.I. 93060831267 de Barranquilla

El Título de

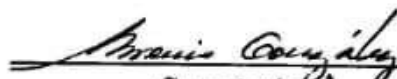
## Bachiller Técnico

Mantenimiento y Ensamble de Equipos de Computación  
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes



INSTITUCION EDUCATIVA  
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN  
DE SOLEDAD

  
Rector(a)

  
Secretario(a)

Libro No. 001 Acta No. 003  
Folio No. 004 Registro No. 17

Dado en Soledad a los 12 días del mes de Diciembre de 2010



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

**Hace Constar que**  
**LUIS ANGEL RIVERA PEREZ**

Con CEDULA DE CIUDADANIA No.1.042.445.473

**Cursó y aprobó la acción de Formación**  
**INFORMATICA ESPECIALIZADA**

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Barranquilla a los Veintitres (23) días del mes de Junio de Dos Mil Once (2011)*

GLADYS MARIA FLOREZ PAEZ

SUBDIRECTOR CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN  
REGIONAL ATLANTICO



SGCV2007407599 23/06/2011  
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIO INTEGRAL DE<br>ESPECIALISTAS EN SALUD<br>OCUPACIONAL S.A.S.<br>CRA 58 No. 70 - 129<br>CENTRO MEDICO CHICAGO<br>CONSULTORIO 103<br>TEL: 3005425060 - 3004884882                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CONCEPTO MEDICO<br/>PRE-OCUPACIONAL</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN</b>                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRO                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 01                                                                                                                   | 07                          | 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha 01 de mayo 2023                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>BARRANQUILLA</b>                                                                                                  |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Versión 4                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL                                                                                    |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    | PRE-INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> PERIODICO <input type="checkbox"/> RETIRO <input type="checkbox"/><br>POST-INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>E.S.E TUBARA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>APOYO A LA GESTION</b>                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| NOMBRE DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CARGO                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE</b> (Documento identificacion C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| RIVERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PEREZ                                                              | LUIS ANGEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EDAD                                                                                                                 | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 31                                                                                                                   | CC                          | 1.042.445.473                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SEGUNDO APELLIDO                                                   | NOMBRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | AÑOS                                                                                                                 | TIPO                        | NUMERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                    |
| <b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>RESTRICCIONES: NINGUNA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>RECOMENDACIONES: EJERCICIO REGULAR Y CONTROL DE PESO CORPORAL.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>Evitar estas condiciones o funciones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Agentes o factores de riesgo</b>                                                                                  |                             | <b>T</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>P</b>                                                                           |
| Levantamiento y transporte manual de carga <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Posturas forzadas <input type="checkbox"/>                         | Ergonómico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Físico <input type="checkbox"/>                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| Empuje de carga <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Subir o bajar escaleras más del 50% de la <input type="checkbox"/> | Mecánico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Psicolaboral <input type="checkbox"/>                                                                                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | jornada <input type="checkbox"/>                                   | Eléctrico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Orden público <input type="checkbox"/>                                                                               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| Exposicion a vibración <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Otra <input type="checkbox"/>                                      | Químico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Biológico <input type="checkbox"/>                                                                                   |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>Otra Condición</b> (escribir letra imprenta clara):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>Valorar por su EPS:</b> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/><br>Neurocirugía <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/><br>Oftalmología <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/><br>Cirugía <input type="checkbox"/> Nutricionista <input checked="" type="checkbox"/><br>Medicina interna <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/><br>Neumología <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                         |                                                                    | <b>Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:</b><br>SVE Osteomuscular <input type="checkbox"/> SVE Conservación auditiva <input type="checkbox"/> SVE Conservación visual <input type="checkbox"/><br>SVE Prevención riesgo cardiovascular:<br>Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Sobrepeso y Obesidad <input type="checkbox"/><br>SVE Conservación Respiratoria <input type="checkbox"/> |                                                                                                                      |                             | <b>Específicas:</b><br>Actividad física diaria <input checked="" type="checkbox"/><br>Dieta Balanceada <input checked="" type="checkbox"/><br>Estilo vida Saludable <input checked="" type="checkbox"/><br>Pausas Activas <input checked="" type="checkbox"/><br>Uso EPP <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                    |
| <b>Exámenes Realizados:</b> EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>Laboratorios Realizados:</b> N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>Sospecha de:</b> Secuela accidente de trabajo SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad profesional SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común agravada por el trabajo SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/><br>Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS). |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo con la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <br>Cyndy J. Contreras Pino<br>Médico Especialista en<br>Seguridad y Salud en el trabajo<br>Resolución: 4683 R.M 70274-13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <br><b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| <b>FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.</b><br><b>RM. 700274-13 Lic. SS.OO.: 4683</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |

PARA VALIDAR ESTE CERTIFICADO POR FAVOR COMUNIQUESE AL 3005425060 O ENVIENOS  
UN CORREO A: [certificadossideso@gmail.com](mailto:certificadossideso@gmail.com)



# *Instituto Técnico de Artes y Oficios* **Carl-Ros**

## **CERTIFICA**

QUE: Luis A. Rivera Pérez

ASISTIO Y PARTICIPO EN EL: Seminario

SOBRE: Instalación de Software

DICTADO LOS DIAS: 27 DEL MES 06 DE 2009

CON UNA INTENSIDAD DE 4 HORAS.

Eugenio Redondo

INSTRUCTOR



[Signature]

COORDINADOR

DADO EN Barranquilla A LOS 27 DIAS DEL MES Junio DE 2009



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**LUIS ANGEL RIVERA PEREZ**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.042.445.473*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ELECTRICIDAD AUTOMOTRIZ - I**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los veintitres (23) días del mes de septiembre de dos mil quince (2015)*

Firmado Digitalmente por  
RAFAEL EDUARDO DE LA ROSA MERCADO  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

RAFAEL EDUARDO DE LA ROSA MERCADO  
SUBDIRECTOR  
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION  
REGIONAL ATLÁNTICO

**25309748 - 23/09/2015**  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 920800885390CC1042445473C.