Anolaima, septiembre 2026

Doctora
**LAURA ISABEL ESPAÑA MORENO**
Gerente
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA

**REFERENCIA:** Propuesta de Servicios - Auxiliar de Archivo

Yo, **SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.068.926.203 de Anolaima**, actuando en nombre propio (persona natural), a través del presente documento manifiesto expresamente:

1. Que declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de la presente carta, que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses o prohibición constitucional o legal para contratar con el municipio.

2. Que ninguna otra persona con vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad con el firmante ha presentado propuesta para éste proceso.

3. Que no me encuentro relacionado en el Boletín de Responsables fiscales expedido por la Contraloría General de la República.
4. Que declaro bajo la gravedad de juramento, que toda la información aportada y contenida en mi propuesta es veraz y susceptible de comprobación.
5. Que no me encuentro, en mora por un lapso de seis (6) meses anteriores a la presente comunicación, en el pago de multas que hubieren sido impuestas con fundamento en el Código Nacional de Policía y Convivencia.

De igual forma, me es grato presentarle mi propuesta formal relacionada con la necesidad de la E.S.E. para la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL PARA LA ADMINISTRACION, ORGANIZACION Y CONSERVACION DE DOCUMENTOS DE CONFORMIDAD CON LA LEY 594 DE 2000 O LEY GENERAL DE ARCHIVO Y LA ORGANIZACION DOCUMENTAL DE LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS LABORALES DEL PERSONAL DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA"**

Quedo atento a una respuesta favorable
Atentamente,

Samuel Rivera Sandoval

**SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL**
CC. 1.068.926.203 de Anolaima
TELEFONO: 3014366289
CORREO: samusando2805@gmail.com

## 2. AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Yo, Samuel Estiven Quiroga Sandoval identificado (a) con documento de identidad número 1068926203, de manera libre y voluntaria autorizo a la E.S.E. Hospital San Antonio de Anolaima para:

a. Acceder, consultar, validar o corroborar los datos personales, los títulos académicos y/o cualquier otra información que en mi calidad de aspirante haya aportado para el proceso de contratación.
b. Consultar y verificar la información y/o documentación aportada en el proceso de contratación con bases de datos o archivos de otra Entidad Pública y/o Privada ya sea nacional o extranjera.
c. Contactar a terceros para validar la información académica aportada al proceso de contratación.
d. Solicitar, analizar y conservar la información y/o documentación aportada en el proceso de contratación.

La verificación y validación de la información y/o documentación suministrada para el proceso de contratación será realizada por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima

Declaro que he leído y comprendido a cabalidad el contenido de la presente autorización, y acepto la finalidad en ella descrita.

En constancia suscribo la presente autorización, a los 29 días del mes de 09 del año 26.

Samuel Quiroga

Nombre:
C.C./C.E./T.I
Teléfono:
Correo electrónico:




# SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL

Estudiante Medicina Veterinaria

3014366289

samusando2805@gmail.com

## PERFIL

Motivado, apto para el trabajo en equipo y con fuertes habilidades organizativas e interpersonales..

## EXPERIENCIA

- Técnico en sistemas Sena,(2020-2021)
- Hice parte del proyecto de la gobernación de cundinamarca de vigilancia comunitaria basada en comunidad (VBC), con el rol de vigia comunitario (septiembre 2025 - diciembre 2025)
- Me encuentro realizando los estudios para mi carrera profesional en medicina veterinaria en la fundación universitaria de Colombia cursando 5to semestre,.

## EDUCACIÓN

Institución educativa departamental
La Florida
Bachiller Academico, 2021
Tecnico en sistemas Sena 2021

## HABILIDADES

- Trabajo en equipo
- Colaboración
- Liderazgo
- Adaptabilidad

Cumplimiento de mis objetivos a corto y largo plazo consistentemente.

## LOGROS

**Consejero de Juvendudes Elecciones , 2021. Anolaima Cundinamarca**

## Referencias

Carlos Gonzalez
Telefono
3123312506

Bibiana Sandoval
Telefono
3015271039

La República de Colombia
y en su nombre la

# Institución Educativa Departamental
# La Florida

Anolaima - Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 005744 del 23 de diciembre de 2003,

Confiere a

## Samuel Esteban Rivera Sandoval

Identificado(a) con T.I. No. 1.068.926.203 Expedida en Anolaima

El Título de

## Bachiller Académico

Por haber culminado la Educación Media Academica y haber cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento educativo en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Rectora,

Luz Amanda Duarte Pacheco
C.C. 35.508.371 de Chimán

Secretaria,

Sonia Amanda González Niño
C.C. 20.199.271 de Anolaima

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 46 Diploma No. 22

Dado en Anolaima, a 2 de Diciembre del año 2021

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL LA FLORIDA

ANOLAIMA - CUNDINAMARCA

Nro. 225040000544

Unica

**ACTA INDIVIDUAL DE GRADO**

En la ciudad de Anolaima, a los 2 días del mes de diciembre de 2021, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL LA FLORIDA**, Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media **ACADÉMICA** y reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación de Cundinamarca para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADÉMICA**, según Resolución No. 005744 del 23 de diciembre de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media **ACADÉMICA**, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

## BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad que se relacionan a continuación:

Samuel Esteban Rivera Sandoval
T.I. No. 1.068.926.203 de Anolaima

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No.82 de fecha 2 de diciembre de 2021.

Firmada y sellada por LUZ AMANDA DUARTE PACHECO (Rectora) y SONIA AMANDA GONZALEZ NIÑO (Secretaria).

Dada en Anolaima, el 2 de diciembre de 2021.

Rectora
C.C. No. 23.508.374 DE CHISCAS

Secretaria
C.C. No. 20.369.274 DE ANOLAIMA

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL

# ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 65782270 - 25/11/2021

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

**Que: SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL. Con Tarjeta de Identidad No. 1068926203**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

# TÉCNICO EN SISTEMAS.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Anolaima. a los veinticinco (25) dias del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



DAVID ALBERTO CORREA CASTILLO
Subdirector CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95110020713027T1068926203A.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL

*Con Tarjeta de Identidad No. 1068926203*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

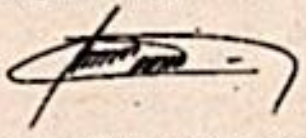
**Título de**

**TÉCNICO EN**

**SISTEMAS.**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Anolaima, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por



DAVID ALBERTO CORREA CASTILLO
Subdirector CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

**65782270 - 25/11/2021**
No y 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 951160207430ZTI1068926203C.

**LA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA**

**HACE CONSTAR**

QUE **SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL** IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 1.068.926.203 EXPEDIDA EN ANOLAIMA, PRESTA SUS SERVICIOS EN LA **E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA,** MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS, DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA DE ARCHIVO Y GESTION DOCUMENTAL.

QUE, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, PERCIBE HONORARIOS MENSUALES POR VALOR DE **DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (2.300.000)**

LA ANTERIOR SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO A LOS UN (01) DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTISEIS (2026).

**ANA XIMENA GOMEZ RAMOS**
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA

Elaboró: Danilo Ramírez Alfonso – Gestión Documental

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Rivera | Sandoval | Samuel Esteban |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1068926203 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 28 MES 05 AÑO 2004 | cra 3 # 4a -53 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | CUNDINAMARCA |
| DEPTO | CUNDINAMARCA | MUNICIPIO | ANOLAIMA | | |
| MUNICIPIO | ANOLAIMA | TELÉFONO | | EMAIL | samusando2805@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | BASICA SECUNDARIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2021 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | X | | TECNOLOGO EN SISTEMAS | 11 | 2021 | |

## 3 EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| | | | | | | | |

## 4 IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | |
| | Día | Mes | Año | Día | Mes / Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | | | DIRECCIÓN | |

## 7 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | |
| | Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: / Año: |
| AREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | DIRECCIÓN | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 8 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 9 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Anolaima 29 septiembre 2026

Samuel Alvarez

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 10 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Anolaima 29/09/2026

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-01-27 10:26 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| SAMUEL | ESTEBAN | RIVERA | SANDOVAL |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1068926203 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | ANOLAIMA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | ANOLAIMA |

| | |
|---|---|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | ANOLAIMA |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Calle 3 No. 1-81"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $6.017.704,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $6.017.704,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

CEDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.068.926.203



Apellidos
RIVERA SANDOVAL

Nombres
SAMUEL ESTEBAN



Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 MAYO 2004

G.S.
O+

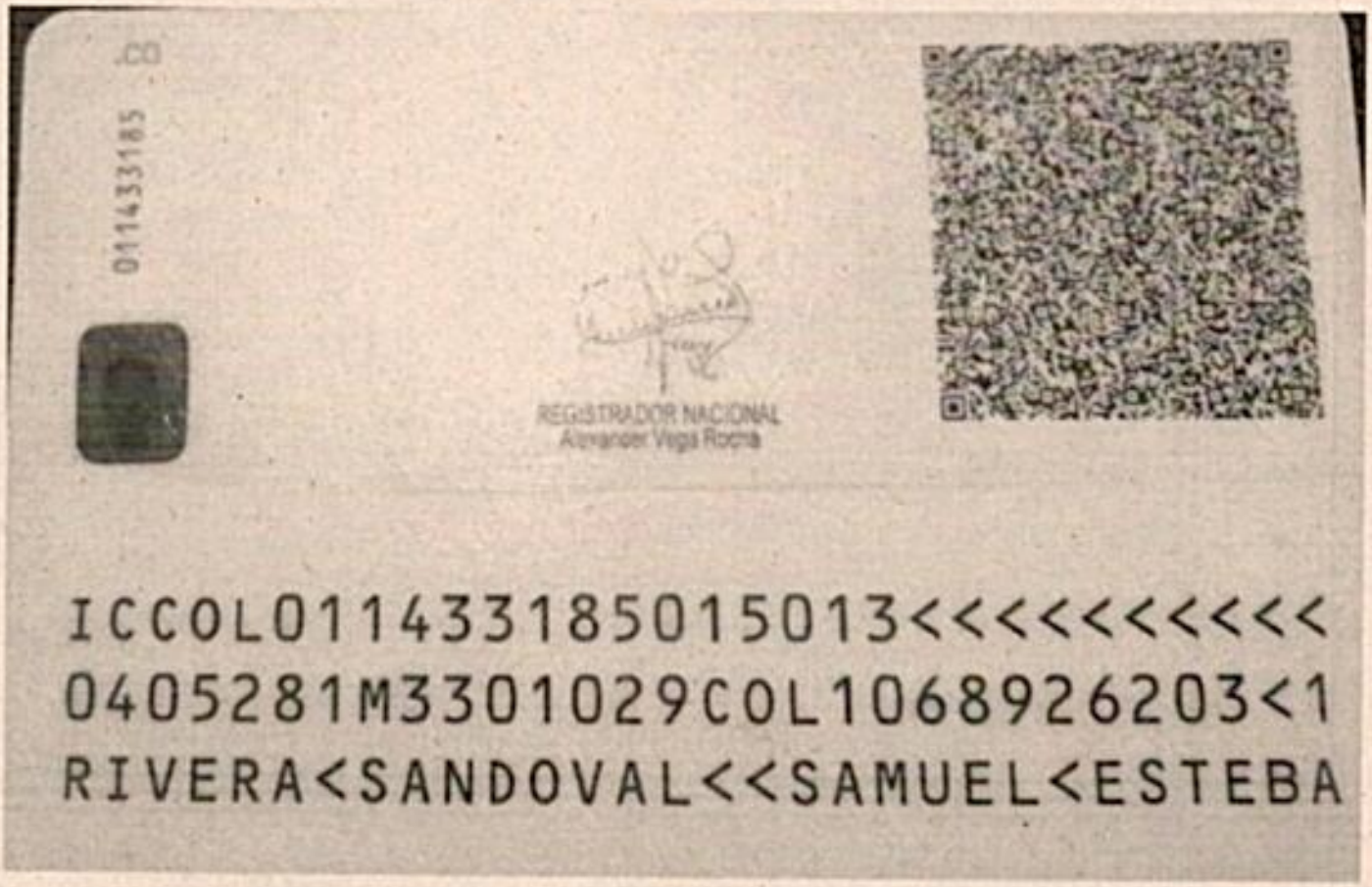
Lugar de nacimiento
ANOLAIMA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 JUN 2022, ANOLAIMA

Fecha de expiración
02 ENE 2033

Firma

Samuel Sandoval


CO
0114331185
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL0114331850150 13<<<<<<<<<<<<
0405281M3301029COL1068926203<1
RIVERA<SANDOVAL<<SAMUEL<ESTEBA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 141212164373

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 8 9 2 6 2 0 3 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 6 8 9 2 6 2 0 3 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Anolaima 0 4 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RIVERA | SANDOVAL | SAMUEL | ESTEBAN |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Anolaima 0 4 0 |

41. Dirección principal: CR 3 N # 4 - 53 CA

42. Correo electrónico: samusando2805@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 | 3 0 1 4 3 6 6 2 8 9 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 2 0 2 2 0 6 1 3 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 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 — 61. Fecha: 2025-10-01 / 12:15:22PM

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que le DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: RIVERA SANDOVAL SAMUEL ESTEBAN

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**
**EJERCITO NACIONAL**

**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

## C E R T I F I C A

Que el señor **SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1068926203, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

| | |
|---|---|
| Primer Nombre: | SAMUEL |
| Segundo Nombre: | ESTEBAN |
| Primer Apellido: | RIVERA |
| Segundo Apellido: | SANDOVAL |
| Tipo Documento: | Cédula de Ciudadanía |
| Número Documento: | 1068926203 |
| Estado Tarjeta Militar: | RESERVISTA - 2DA CLASE |

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU TARJETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 29 días del mes de SEPTIEMBRE de 2026, a las 13:12:05.

Cordialmente,

Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

**PATRIA HONOR LEALTAD**

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104A-64 (601) 4261420 Bogotá D.C- Colombia

SCE310-1

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 303910809

PIB
12:53:20


Bogotá DC, 29 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1068926203:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de septiembre de 2026, a las 12:52:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1068926203 |
| Código de Verificación | 1068926203260929125245 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:43:14 PM horas del 29/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1068926203**

Apellidos y Nombres: **RIVERA SANDOVAL SAMUEL ESTEBAN**

**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.

DIJIN

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: dijn.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/09/2026 02:40:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1068926203** y Nombre: **SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **148624391** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

# 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 13:25:47 horas del 29/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1068926203,** Apellidos y Nombres **RIVERA SANDOVAL SAMUEL ESTEBAN**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital San Antonio Anolaima**, con NIT **832001465-4** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1068926203 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/09/2026 01:29 PM

Código Verificación: **LKW5B9U21P**

Válida hasta: **29/12/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS**

Señores:
**E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA**
**Calle 3 No 1 – 81 Barrio San Antonio**
Anolaima – Cundinamarca

**ASUNTO:** CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo Samuel Esteban Rivera Sandoval, identificado con documento de identidad No. 1068926203 de Anolaima, en calidad de persona natural de la sociedad _____, manifiesto que: Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para vincularme con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución Política de Colombia, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas. Declaro que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, a la fecha no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Anolaima, Cundinamarca, a los 29 días del mes de 09 de 2026.

Firma: Samuel Sandoval
Nombre: Samuel Esteban Rivera S.
CC. No. 1068926203
Dirección: La Florida B. San Vicente
Teléfono: 3014366289
E mail: samusandoval2305@gmail.com

Dr. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

# DR. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO

MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES

REGISTRO MEDICO 25-0085 DE 2012

EXPEDICION PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 29-07-14 DE 2014

## CONCEPTO APTITUD OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

TIPO DE EVALUACION: INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] FECHA DE EVALUACION: dia 28 mes 9 año 2018

NOMBRES: SAMUEL ESTEBAN
SEXO: MASCULINO

## EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

| Examenes de laboratorio | N | A | Descripción |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Examenes de laboratorio | N | A | Descripción |
|---|---|---|---|
| | | | |

## RESULTADO DE VALORACION MEDICA - EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO [X]
APTO CON RESTRICCION [ ]
APLAZADO [ ]
NO APTO PARA ESTE CARGO [ ]

SIN PATOLOGIA APARENTE [ ]
CON PATOLOGIA QUE NO IMPIDE LABOR [ ]
MOTIVO
MOTIVO
MOTIVO

## RESULTADO DE VALORACION MEDICA - EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR: SI [ ] NO [ ]
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL: TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ]

## OTROS

PUESTO MANIPULAR ALIMENTOS: SI [ ] NO [ ]
REINCORPORACION SIN RESTRICCION [ ]
REINCORPORACION CON RESTRICCION PARA EL CARGO [ ]

## RESULTADOS DE VALORACION MEDICA - EXAMEN DE EGRESO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: SI [ ] NO [X] CUAL

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

**MEDICAS**

- REMISION A EPS [ ]
- CONTINUAR MANEJO MEDICO [ ]
- REMISION A ARL [ ]
- SEGUIMIENTO DX CAUSO POR ARL [ ]
- OPTOLOGIA CERVICO LUMBAR [ ]
- EXAMENES PARACLINICOS [ ]
- ESQUEMA DE VACUNACION (ADJUNTO) [ ]
- CONTROL AUDIOLOGICO PERIODICO [ ]
- CONTROL ANUAL OPTOMETRICO [ ]
- CONTROL ODONTOLOGICO PERIODICO [ ]

**OCUPACIONALES**

- USO DE EPP [X]
- HIGIENE POSTURAL [X]
- PAUSAS ACTIVAS CADA HORA [X]
- DISTRIBUCION DE PUESTOS Y CARGAS [X]

**INGRESO A SVE**

- SVE. ERGONOMICO [ ]
- SVE. RUIDO [ ]
- SVE. BIOLÓGICO [ ]
- SVE. RADIACIÓN IONIZANTES [ ]
- SVE. PSICOLABORAL [ ]
- SVE. CARDIOVASCULAR - METABÓLICO [ ]

**HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

- INICIO DE ACTIVIDAD FISICA [X]
- CESAR DE FUMAR [ ]
- REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL [ ]
- CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO [X]

## OBSERVACIONES

AL EXAMEN DE INGRESO NO PRESENTA LIMITACIONES FISICAS NI PATOLOGICAS QUE LE IMPIDAN REALIZAR SUS LABORES. PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL. PAUSAS ACTIVAS / SEGUIMIENTO POR HIGIENE VISUAL, AUDITIVA Y POSTURAL / UTILIZAR ADECUADAMENTE Y EN TODO MOMENTO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE / ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL / APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA /.

## CONCEPTO DE APTITUD

**APTO SIN RESTRICCION**

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE DE ACUERDO A LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL ASPIRANTE S/O TRABAJADOR, LA CUAL ES DE CARACTER CONFIDENCIAL Y SU MANEJO ESTA REGULADO POR LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007, 1712 DE 2006 Y 1918 DE 2005 DEL MPS. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES RESOLUCION 2346, Art. 4. "El médico debe requerir la anamnesis la Historia Clínica Ocupacional y solo remitirá al empleador el CERTIFICADO MEDICO..."

**ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

DR. YESID BRAVO COTRINO
Medico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Riesgos Laborales

DR. YESID GUSTAVO BRAVO COTRINO

| REGISTRO MEDICO N° | 25-0085 | LICENCIA S.O | 282776/2018 |
|---|---|---|---|

NOMBRE DEL PACIENTE: SAMUEL ESTEBAN MEDINA MARIÑOSO
CEDULA N°: 1.065.614.291 ABEJORRAL

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL identificado(a) con Cedula Ciudadania 1068926203, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20251007 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Octubre de 2.026

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) **4441234** - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MONICA ALEJANDRA ZULETA
33967653

CER-AFI

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

CENTRO
Calle 3 No.1-81 Barrio San Antonio. Anolaima Cundinamarca Teléfono. 8453847
hospital.sanantonio.anolaima @HSA_ANOLAIMA
www.esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co

**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:

**SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.068.926.203**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Samuel Esteban Rivera Sandoval identificado con CC. 1068926203 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 832001465 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/10/09 | **Fecha inicio contrato** | 2026/09/30 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/10/30 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | 2026/10/30 | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

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: **CC20102026N1068926203A23973857.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1068926203

Fecha de nacimiento / Date of birth: 28/05/2004

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3107668397

Correo electrónico / e-mail: SAMUSANDO2805@GMAIL.COM

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID PFIZER | Primera | 27 | 09 | 2021 | PFIZER | FF5843 | FACATATIVA COMPRENSAR UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD | ANGIE TATIANA MESA FLOREZ |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 27 | 01 | 2026 | | 0345L002D 31/12/2027 | VACUNAMILLO SAS | DIANA LILIANA LAGUNA RODRIGUEZ - CC35536541 - ACTIVO |
| TD Adulto Particular | Primera | 27 | 01 | 2026 | | 2308011134A 30/11/2027 | VACUNAMILLO SAS | DIANA LILIANA LAGUNA RODRIGUEZ - CC35536541 - ACTIVO |
| Fiebre Amarilla | Única | 05 | 03 | 2026 | CHUMAKOV | 386 | ANOLAIMA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO | LEIDY VIVIANA MORA ARIZA - CC1074576420 - ACTIVO |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 19 | 08 | 2026 | Serum | 0126N030 | ANOLAIMA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO | LEIDY VIVIANA MORA ARIZA - CC1074576420 - ACTIVO |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Banco de Bogotá

Nit 860 002 964 4
Calle 36 Nº 7 - 47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SAMUEL ESTEBAN RIVERA SANDOVAL, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.068.926.203 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 124209735, abierta/o desde el 26/1/2026.

Se expide en Bogotá el día 25 del mes de Junio del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO