Defensa

COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
UNIÓN - INTEGRIDAD - VICTORIA

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

FAC-S-2026-160466-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 2, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2026-160466-CI del 13 de agosto de 2026 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CAMAN-SECOM-GRUAL-ESINS-MANIN

Señor Coronel
HECTOR AUGUSTO MORENO CLAVIJO
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CAMAN
Madrid, Cundinamarca

Asunto: Cambio de personal Contrato 017-00-M-CAMAN-GRUAL-2026

Respetuosamente me permito informar al señor Coronel Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CAMAN, que el contratista AMBIENTE VIABLES S.A.S con NIT 900.389.684-2 del proceso 017-00-M-CAMAN-GRUAL-2026 que tiene por objetivo “SERVICIO DE CUADRILLA PARA LA MANO DE OBRA DE ESCUADRON DE INSTALACIONES DEL CAMAN” realizó el cambio de (03) ayudantes, a solicitud propia del contratista.

El nuevo personal fue revisado y cumple con los perfiles y requisitos establecidos en la invitación pública, garantizando así las condiciones necesarias para la adecuada ejecución del contrato.

Por lo anterior, se deja constancia del cumplimiento de los perfiles exigidos y de la viabilidad del personal designado para iniciar con el desarrollo de las actividades contractuales.

Cordialmente,

Juanita Ramirez

Aerotécnico KAREN JUANITA RAMIREZ BAHAMON
Técnico Especialista Mantenimiento Instalaciones

Anexo: 3 ANEXOS

Elaboró: AT. RAMIREZ / MANIN Revisó: AT. RAMIREZ / MANIN Aprobó:AT. RAMIREZ / MANIN

minerva 10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 12 M 03 A 2026	ayudante de obra

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
mosquera arce	federico
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 23 M 08 A 1997	Patia el Bordo (cauca)
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Diagonal 38 # 8ª-51	Girardot Cundinamarca
Teléfono	**N°. Celular**
3146549759	3146549759
Correo electrónico	**Nacionalidad**
	colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
ayudante de obra	soltero. / 4 años

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 1.111.814.936	(**) Libreta militar No. 1.111.814.930	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa? Ambiente Viable SAS	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato Indefinido
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

20306014

7 702124 007813 >

minerva

© by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
olga lucia mosquera arce	ama de casa	3146621674

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Deily mosquera arce	ama de casa	
erika mosquera arce	ama de casa	3217085425

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2015	6	Bachiller academico	antonio jose de sucre	Buenaventura
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Sí [ ] No [X]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución

Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ] Fin de semana [ ] A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí [ ] No [ ]
¿Qué programas maneja?
1. R [ ] B [ ] MB [ ]
2. R [ ] B [ ] MB [ ]
3. R [ ] B [ ] MB [ ]
4. R [ ] B [ ] MB [ ]

Idiomas Sí [ ] No [ ]
¿Qué idioma(s) conoce?

	Escucha	Lectura	Escritura	Habla
1.	R [ ] B [ ] MB [ ]	R [ ] B [ ] MB [ ]	R [ ] B [ ] MB [ ]	R [ ] B [ ] MB [ ]
2.	R [ ] B [ ] MB [ ]	R [ ] B [ ] MB [ ]	R [ ] B [ ] MB [ ]	R [ ] B [ ] MB [ ]

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
ambiente viable sas	Obra civil saneamiento	Calle 19A No 18-54	321693552.

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
ayudante de obra, Operario mantenimi		D 14 M 02 A 21	D M A	$ 1.500.000	$ 1.980.000

Funciones realizadas
realizar labores de. cargue, descargue de material,

Nombre de su jefe inmediato: franklin antonio Paz Calvache — Cargo: ayudante de obra

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] — Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIENDO ESTAS HOJAS

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Alejandra Ramirez	Ing ambiental	manzana 2 casa 13	3113437620.
2.	Rafael cadena Rincon	operario mantenimiento	calle 19A N°18-54	

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Alejandro Ramirez	Ing ambiental	manzana 2 casa 13	3113437620.
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Federico Mosquera Arce

C.C. 1118149930

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIENDO ESTAS HOJAS

minerva

© by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.111.814.930**

MOSQUERA ARCE

APELLIDOS

FEDERICO

NOMBRES

Federico Mosquera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1997**

PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-DIC-2015 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-3101900-00785175-M-1111814930-20160203 **0048**186717A 1 45195918

AMBIENTE VIABLE S.A.S.

NIT. 900.389.684-2

CERTIFICA QUE:

El señor **FEDERICO MOSQUERA ARCE**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.111.814.930 de Buenaventura, labora en nuestra empresa desde el 14 de febrero de 2021 hasta la fecha, mediante contrato a término indefinido.

Actualmente se desempeña en el cargo de **ayudante obra civil.**

Funciones realizadas:

- Apoyo en trabajos de carpintería metálica.
- Manipulación, instalación y manejo de vidrio.
- Uso de herramientas manuales y eléctricas propias del oficio.
- Apoyo en procesos de corte, ensamble e instalación.
- Cumplimiento de normas de seguridad industrial en obra.

Se firma en los veinte (20) días del mes de abril del año 2026.

Atentamente,

FRANKLIN ANTONIO PAZ CALVACHE
GERENTE GENERAL
AMBIENTE VIABLE SAS
TEL. 3105433309

Dirección: Calle 19A No.18 –54 quintas de Girardot
ambienteviable2020@gmail.com
Cel.:3216935552-3105433309

AMBIENTE VIABLE S.A.S.
NIT. 900.389.684-2
V°B°

AMBIENTE VIABLE S.A.S.

NIT. 900.389.684-2

CERTIFICA QUE:

El señor **FEDERICO MOSQUERA ARCE**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.111.814.930 de Buenaventura, labora en nuestra empresa desde el 14 de febrero de 2021 hasta la fecha, mediante contrato a término indefinido.

Desempeñando en el cargo de **ayudante obra civil.**

Dentro de las funciones y actividades desarrolladas durante su vinculación se encuentran:

- Apoyo en labores de albañilería y mampostería.
- Aplicación de estuco, pañete y pintura.
- Actividades básicas de plomería.
- Reparaciones locativas y mantenimiento de infraestructura.
- Apoyo en adecuaciones civiles y procesos constructivos.
- Manejo de herramientas manuales y equipos menores de construcción.
- Apoyo operativo en mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones.

Se firma en los veinte (20) días del mes de abril del año 2026.

AMBIENTE VIABLE SAS
NIT. 900.389.684-2
V°B°

Atentamente,

FRANKLIN ANTONIO PAZ CALVACHE
GERENTE GENERAL
AMBIENTE VIABLE SAS
TEL. 3105433309

Dirección: Calle 18A No.18 –54 quintas de Girardot
ambienteviable2020@gmail.com
Cel.:3218935552-3105433309

ARL | sura

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
ARL SURA S.A.
DATOS BÁSICOS TRABAJADOR DEPENDIENTE

Empresa AMBIENTE VIABLE SAS **Documento** N900389684 **Contrato** 094975502

Documento C1111814930 **Nombre** FEDERICO MOSQUERA ARCE **Fecha de nacimiento** 23-08-1997 **Sexo** M **Tipo** DEP

Cargo OPERARIO DE OBRA **Salario** 1750905 **Fecha inicio cobertura** 02-02-2026 **AFP** 003 - PORVENIR **EPS** 002 - SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Teletrabajador NO **Texto opcional para carné especial**

Centro de trabajo

Código - Nombre 0000000002 - OBRA **Clase riesgo** 5 **Porcentaje cotización** 6.96%

Ciudad GIRARDOT **Dirección** CR 17 # 21 - 60 BARRIO JORGE ELIECER GAITAN **Teléfono** 8351816 **Teléfono 2** 3117051123

Sucursal

Código - Nombre 1 - SEDE ÚNICA **Ciudad** 2507 GIRARDOT **Dirección** CR 17 # 21 - 60 BARRIO JORGE ELIECER GAITAN **Teléfono**

Bogotá D.C., mayo 6 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que FEDERICO MOSQUERA ARCE , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1111814930, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: GEPAR SAS
ENTRENADOR: JOSE DAGOBERTO PRIETO GARZON
SEDE DONDE SE FORMÓ: GEPAR
EMPLEADOR: AMBIENTE VIABLE SASAMBIENTE VIABLE SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 13/10/2025 a 13/10/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

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

Se expide la presente constancia el día mayo 6 de 2026

AISOCUPACIONAL
Asistencia y Asesorías Integrales en Salud Ocupacional S.A.S.

Nit. 900.595.056-1

Carrera 8 No. 19 - 32 Barrio Granada
Conmutador: (57)(1) 8351007 - Cel. 320 2310609
Girardot, Cundinamarca - Colombia
www.aisocupacional.co

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: FEDERICO MOSQUERA ARCE
Identificación: CC 1111814930
Género: M Fecha de Nacimiento: 1997-08-23 Edad: 28 A
Teléfono: 3146545979
Dirección CRA 18 NO. 19- 42 B/ GAITAN
Residencia: GIRARDOT
Profesión: Sin información
Nivel Educativo: Secundaria Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: AMBIENTE VIABLE S.A.S.
Empresa en misión: AMBIENTE VIABLE S.A.S.
Actividad económica:



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
E.M.O INGRESO ORIENTADO AL RIESGO TRABAJO EN ALTURAS

Orden No.: 00131105 Fecha apertura: 20260316 07:20:26
Fecha cierre: 20260316 10:57:37
Realizado en: Girardot - Cundinamarca

Cargo u Oficio: AUXILIAR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,GLICEMIA,EXAMEN OSTEOMUSCULAR (enfasis) ,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA

RECOMENDACIONES LABORALES

Pausas activas de acuerdo al programa de la empresa..
Uso de Elementos de proteccion Personal segun cargo.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida saludable.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Uso de Elementos de protección auditiva en ambientes ruidosos.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control optometrico en un año.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Sin Restricciones

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Andrea Gacharna S.
Andrea Gacharná S.

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ANDREA GACHARNA SARMIENTO
Identificación: CC 22650389
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 25-0717 De 2019 Registro No.: 7375-04

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1111814930

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. CO21.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

FEDERICO MOSQUERA ARCE

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1111814930

TSA - 6814

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 13 octubre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 13 octubre 2025

EMPRESA: AMBIENTE VIABLE S.A.S.AMBIENTE VIABLE S.A.S.
REP. PAZ CALVACHE FRANKLIN ANTONIO
NIT: 900389684-2
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

JOSE DAGOBERTO PRIETO GARZON.
ENTRENADOR TSA
RES. No 8150 - 2022

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016247826	0|2|0|2|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MOSQUERA (Primer apellido)	ARCE (Segundo apellido)	FEDERICO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1111814930	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: GIRARDOT	2|3|0|8|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
CR 18 19 42 Dirección	Telefono fijo	3105433309 Telefono celular	FEDERICOMOSQUERA1@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	GIRARDOT		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
	País: Departamento: Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS GRANADA - VS GRANADA	vsgranada - vsgranada
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
AMBIENTE VIABLE SAS	NIT	900389684	01

59.Ubicación				
CL 8 7 04 SUR Dirección	8351816 Teléfono fijo o celular	FRANFLINPAZ41@YAHOO.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FEDERICO MOSQUERA ARCE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.111.814.930**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Mayo 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.

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
melgar	D 29 M 05 A 2026	ayudante de obra	

I. DATOS PERSONALES



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
montoya	rodriguez	Javier Steven

Profesión, ocupación u oficio	Años experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
ayudante de obra	1 año	$ minimo

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Ibague	D 29 M 10 A 2001	Unión libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
cr 43 NO 12b Galan	Galan	3214729651

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
1.005.753.395	Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: melgar Tolima.		

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒			

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Primaria	Colegio Simalaz	melgar	5 Primaria	2018.
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Iniciar relacionando la última vez que usted ha desempeñado, comenzando por el último y cubrir el mismo espacio para cada trabajo, hasta por tres veces. Otras veces serán rechazadas y no incluidas en verificación.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Ambiente viable sas	Calle 19 N° 18 54	3105433309.

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
franklin antonio paz	ayudante de obra

Funciones realizadas: albañileria, mamposteria, aplicacion de estuco y pintura, carpinteria metalica instalación y desinstalacion.

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
15 abril 2024	18 oct 2025.	$ minimo	$ minimo.

Motivo del retiro:

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador):

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas:

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual

Motivo del retiro:

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador):

minerva 10-00 Diseñada y actualizada según la Ley © por ter

Rev. 02-2024/IMP05-2024

Prohibida la reproducción total o parcial de este formato sin autorización escrita de Relaciones Industriales Personales S.A.S.

2

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA /AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACION	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETROLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAIZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCION		INFORMATICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
brenda Gaitan	oficios varios	Cafam	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
Camarera	mz 2 casa 11 v. sofia	3203621324	melgar
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**	**Edades**	
1	esposa.		
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**		
martha rodriguez	ama de casa.		

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Diana Paola novoa	oficios varios	melgar	3152929843
2.-	Nubia Guerrero	ama de casa	manzana 2 casa 13	3108083023

VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐ Amigo ☐ Agencia ☐ Otro ☒	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si ☐ No ☒
Nombre de la persona que lo recomienda		División o departamento	
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos			

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombuano§ 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C. 1.005.753.295

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐		Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐		Cargo	Tipo de contrato
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación



CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.005.753.295

Apellidos
MONTOYA RODRIGUEZ

Nombres
JAVIER STEVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
29 OCT 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
15 NOV 2019, MELGAR

Fecha de expiración
03 MAYO 2034

Firma



.CC

046083526

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046083526229079<<<<<<<<<<
0110299M3405031COL1005753295<6
MONTOYA<RODRIGUEZ<<JAVIER<STEV

NIT. 900.389.684-2

CERTIFICA QUE:

La empresa AMBIENTE VIABLE SAS, identificada con NIT 900.389.684-2, certifica que el señor JAVIER STEVEN MONTOYA RODRIGUEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.005.753.295, laboró en nuestra empresa desempeñando el cargo de AYUDANTE DE OBRA CIVIL, durante el periodo comprendido entre el 15 de abril de 2024 hasta el 18 de octubre de 2025.

Durante el tiempo de ejecución de sus labores, el trabajador desarrolló actividades relacionadas con:

- Albañilería.
- Mampostería.
- Estuco y pintura.
- Plomería básica.
- Carpintería metálica.
- Manejo e instalación de vidrio.
- Apoyo en actividades constructivas y de mantenimiento de infraestructura.
- Apoyo en adecuaciones locativas y procesos constructivos en general.

Así mismo, se certifica que el trabajador cuenta con experiencia y conocimientos en procesos constructivos, manejo de herramientas manuales y apoyo operativo en actividades de obra civil.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de noviembre de 2025.

Cordialmente,

AMBIENTE VIABLE S.A.S.
NIT. 900.389.684-2
V°B°

FRANKLIN ANTONIO PAZ CALVACHE
GERENTE GENERAL
AMBIENTE VIABLE SAS
TEL. 3105433309

Dirección: Calle 19A No.18 –54 quintas de Girardot
ambienteviablesas2020@gmail.com
Cel.:3105433309

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

900389684-2 - AMBIENTE VIABLE SAS

Paciente	JAVIER STEVEN MONTOYA RODRIGUEZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1.005.753.295	Fecha	12 mayo 2026
Edad	25 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Unión libre	Nivel de Estudio	Primaria
Dirección	CRA 43 # 12B-20 Melgar	Ocupación	AYUDANTE DE CONSTRUCCION
Sector Económico	CONSTRUCCION	EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENIR	ARL	SURA

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 12 mayo

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMÍA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

JAVIER STEVEN MOTOYA RODRIGUEZ
CC: 1005753295
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

TSA - 6431

TREBOL ALTURAS SAS
NIT 901696937-0

Licencia SST. No. 8698 10/07/2023
Aprobación Ministerio de Trabajo 08SE2024220000000370206
Bureau Veritas Certification C025.00124. Acreditado ONAC 09-CPR-008
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

JAVIER STEVEN MONTOYA RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1005753295

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Villavicencio el 27 mayo 2026, se expide en Villavicencio el 27 mayo 2026

Ana Silvia Velásquez Cruz
REPRESENTANTE LEGAL

Edith Palacio
EDITH YOHANA PALACIO GONZALEZ - R
RES No.2023060046873 07/03/2023

EMPRESA: AMBIENTE VIABLE S.A.S.
REP. PAZ CALVACHE FRANKLIN ANTONIO
NIT: 900389684-2
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3158001193
http://www.trebolalturas.com - treboltsa@gmail.com - Dirección: KM 4 Vía Acacias MZ 7 CA 19

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
ARL SURA S.A.
DATOS BÁSICOS TRABAJADOR DEPENDIENTE

Empresa AMBIENTE VIABLE SAS **Documento** N900389684 **Contrato** 094975502

Documento C1005753295 **Nombre** JAVIER STEVEN MONTOYA RODRIGUEZ **Fecha de nacimiento** 29-10-2001 **Sexo** M **Tipo** DEP

Cargo OBRERO DE CONSTRUCCION **Salario** 1750905 **Fecha inicio cobertura** 27-05-2026 **AFP** 003 - PORVENIR **EPS** 002 - SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Teletrabajador NO **Texto opcional para carné especial**

Centro de trabajo

Código - Nombre 0000000002 - OBRA **Clase riesgo** 5 **Porcentaje cotización** 6.96%

Ciudad GIRARDOT **Dirección** CR 17 # 21 - 60 BARRIO JORGE ELIECER GAITAN **Teléfono** 8351816 **Teléfono 2** 3112623238

Sucursal

Código - Nombre 1 - SEDE ÚNICA **Ciudad** 2507 GIRARDOT **Dirección** CR 17 # 21 - 60 BARRIO JORGE ELIECER GAITAN **Teléfono**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016877181	3|1|0|5|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MONTOYA (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	JAVIER (Primer nombre)	STEVEN (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1005753295	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE	2|0|1|0|2|0|0|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
BRR GALAN CR 43 NO 12B 2 0 (Dirección)	Telefono fijo	3212472472 (Telefono celular)	JAVIERMONTOYA@GMAIL.COM (Correo electronico)

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
TOLIMA	MELGAR		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	TORRES Y JARAMILLO SAS TOLIMED CP - TORRES Y JARAMILLO SAS TOLIMED CP	TOLIMEDCAP - TOLIMEDCAP
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
AMBIENTE VIABLE SAS	NIT	900389684	01

59.Ubicación				
CL 8 7 04 SUR (Dirección)	8884532 (Teléfono fijo o celular)	FRANFLINPAZ41@YAHOO.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016877181

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|5|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Javier Montoya Rodriguez	

X.ANEXOS

☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JAVIER STEVEN MONTOYA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.753.295**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Mayo 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.

Bogotá D.C., junio 2 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JAVIER STEVEN MONTOYA RODRIGUEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1005753295, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS AVANZADO
OFERENTE CAPCITACIÓN: JAVIER ANGARITA CARDENAS ANGARITA
ENTRENADOR : JAVIER ERNESTO CÁRDENAS ANGARITA
SEDE DONDE SE FORMÓ: JAVIER ERNESTO CARDENAS ANGARITA
FECHAS DE FORMACIÓN: 02/06/2022 a 05/06/2022
INTENSIDAD HORARIA: 40 horas

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

Se expide la presente constancia el día junio 2 de 2026

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre: Federico mosquera	Ocupación: ayudante de obra	Dirección: Dig 38 # 8-61	Teléfono: 3146549759
2.	Nombre: Julieth Alejandra Ramirez	Ocupación: ayudante de Obra	Dirección: mont 2 cas 13	Teléfono: 3113437620.
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre: Julieth Alejandra Ramirez	Ocupación: ayudante de obra	Dirección: mont 2 cas 13	Teléfono: 3113437620.
2.	Nombre:	Ocupación:	Dirección:	Teléfono:

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

Rafael Cadena Rincon

C.C.

ARL | sura

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
ARL SURA S.A.
DATOS BÁSICOS TRABAJADOR DEPENDIENTE

Empresa AMBIENTE VIABLE SAS **Documento** N900389684 **Contrato** 094975502

Documento C1075314906 **Nombre** RAFAEL CADENA RINCON **Fecha de nacimiento** 29-07-1998 **Sexo** M **Tipo** DEP

Cargo OBRERO DE MANTENIMIENTO **Salario** 1750905 **Fecha inicio cobertura** 25-02-2026 **AFP** 000 - NINGUNA AFP **EPS** 037 - NUEVA EPS S.A.

Teletrabajador NO **Texto opcional para carné especial**

Centro de trabajo

Código - Nombre 0000000002 - OBRA **Clase riesgo** 5 **Porcentaje cotización** 6.96%

Ciudad GIRARDOT **Dirección** CR 17 # 21 - 60 BARRIO JORGE ELIECER GAITAN **Teléfono** 8351816 **Teléfono 2** 3227144044

Sucursal

Código - Nombre 1 - SEDE ÚNICA **Ciudad** 2507 GIRARDOT **Dirección** CR 17 # 21 - 60 BARRIO JORGE ELIECER GAITAN **Teléfono**


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.075.314.906

Apellidos
CADENA RINCON

Nombres
RAFAEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
29 JUL 1998

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
22 NOV 2016, NEIVA

Firma
Rafael cadena Rinco

Fecha de expiración
20 OCT 2033


.CO

033678074

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033678074819001<<<<<<<<<<
9807291M3310207COL1075314906<5
CADENA<RINCON<<RAFAEL<<<<<<<<<

Bogotá D.C., mayo 6 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que RAFAEL CADENA RINCON, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1075314906, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: TREBOL ALTURAS SAS
ENTRENADOR: YULI URREGO
SEDE DONDE SE FORMÓ: TREBOL ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: AMBIENTE VIABLE SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 18/04/2026 a 18/04/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

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

Se expide la presente constancia el día mayo 6 de 2026

TSA - 5523

TREBOL ALTURAS SAS
NIT 901696937-0

Licencia SST. No. 8698 10/07/2023
Aprobación Ministerio de Trabajo 08SE2024220000000370206
Bureau Veritas Certification C025.00124. Acreditado ONAC 09-CPR-008
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

RAFAEL CADENA RINCON

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1075314906

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Villavicencio el 18 abril 2026, se expide en Villavicencio el 18 abril 2026

Ana Silvia Velásquez Cruz
REPRESENTANTE LEGAL

YULI URREGO
RES No. 27384 de 11/07/2025

EMPRESA: AMBIENTE VIABLE S.A.S.
REP. PAZ CALVACHE FRANKLIN ANTONIO
NIT: 900389684-2
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3158001193
http://www.trebolalturas.com - treboltsa@gmail.com - Dirección: KM 4 Vía Acacias MZ 7 CA 19

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAFAEL CADENA RINCON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1075314906,** se encuentra afiliado/a desde **21/06/2019** 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 24 de febrero 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

CERTIFICACIÓN LABORAL

La empresa **AMBIENTE VIABLE SAS**, identificada con NIT **900389684-2**, certifica que el señor **Rafael Cadena Rincón**, identificado con cédula de ciudadanía No.1.075.314.906, labora en nuestra organización desempeñando el cargo de **OFICIAL DE CONSTRUCCION**.

El trabajador ha ejercido sus funciones durante un periodo comprendido entre 12 de junio 2021 hasta la actualidad.

Durante su vinculación, ha participado en la ejecución de actividades relacionadas con:

- Ejecutando actividades de albañilería, mampostería, pañete, estuco y pintura.
- Realización de reparaciones locativas y adecuaciones civiles en infraestructura.
- Ejecutando trabajos de mantenimiento preventivo y correctivo en instalaciones.
- Coordinación y supervisión labores asignadas al ayudante de obra.
- Realización enchapes, resanes y acabados de obra blanca.
- Ejecución actividades básicas de plomería y reparaciones hidráulicas menores.
- Instalación y apoyo en carpintería metálica
- Manejo e instalación de vidrio y accesorios.

La presente se firma a los 8 días del mes de agosto del año 2026.

Cordialmente,

AMBIENTE VIABLE S.A.S.
NIT 900.389.684-2
V°B°

FRANKLIN ANTONIO PAZ CALVACHE
Teléfono: 3216935552
Representa Legal
AMBIENTE VIABLE SAS

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2026, el empleador AMBIENTE VIABLE SAS identificado con NIT número 900389684 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10028359	24/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1075314906	RAFAEL CADENA RINCON	1750905	OBRERO DE CONSTRUCCION	2026-02-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central. Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

900389684-2 - AMBIENTE VIABLE SAS

Paciente	RAFAEL CADENA RINCON	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1075314906	Fecha	2 mayo 2026
Edad	27 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Soltero(a)	Nivel de Estudio	Primaria
Dirección	CALLE 19A NO 18 - 54 GIRARDOT	Ocupación	AYUDANTE DE CONSTRUCCION
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	NUEVA EPS S.A.
AFP	COLPENSIONES	ARL	SURA

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 2 mayo 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMÍA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

RAFAEL CADENA RINCON
CC: 1075314906
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

GRUPO EMPRESARIAL CAPITAL

NIT 901.479.121-8

Hace constar que:

RAFAEL CADENA RINCON

CC 1075314906

Curso y aprobó la acción de formación en:

FORMACIÓN TEÓRICO PRACTICA EN CARPINTERÍA METÁLICA, MAMPOSTERÍA, ESTUCO Y PINTURA CUBIERTA Y CIELO RASO Y EN GENERAL EN TODO LO RELACIONADO CON LOS PROCESOS CONSTRUCTIVOS Y DE MANTENIMIENTO A INFRAESTRUCTURA.

Realizado en Bogotá entre el 01 de abril al 06 de mayo de 2026, con una intensidad horaria de 120 horas.

Se expide y se firma el 06 de mayo de 2026 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

PEÑA ALBARRACIN MARIA ALEJANDRA

Firmado digitalmente por PEÑA ALBARRACIN MARIA ALEJANDRA
Fecha: 2026.05.06 17:08:34 -05'00'

María Alejandra Peña Albarracín
Gerente GE Capital

Código verificación: 9533-9569-2724

Verifique la autenticidad de su certificado en
www.gecapital.com.co/validar-certificado/
o en el WhatsApp 3246096426