FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN

UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: GRUAL

FECHA INFORME: Día: 31 Mes 07. Año 2019.

CONTRATO N° 035-00-I-CACOM-6-GRUAL-2019

CONTRATISTA: CONSTRUNAL DE AGUAS S.A.S

VALOR DEL CONTRATO: $17.783.479

FORMA DE PAGO: PAC Noviembre, según facturación y acta de satisfacción presentada por parte del supervisor del contrato y contratista, la cual será cancelada cuarenta y cinco (45) días posteriores a la radicación de la factura y demás documentos requeridos por la Fuerza Aérea Colombiana.

FECHA FIRMA: Día 29. Mes 05. Año 2019.

OBJETO DEL CONTRATO: SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE LOS FILTROS Y EQUIPOS DE LABORATORIO A TODO COSTO DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.6.

FECHA CUMPLIMIENTO ÚLTIMO REQUISITO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (Registro Presupuestal, Aprobación Garantía Única y/o Acta de Inicio, según corresponda):

Día 28. Mes 06. Año 2019.

CONTRATO MODIFICATORIO: (objeto de la modificación)

FECHA DE FIRMA: N/A

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

DESDE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA INICIO DE EJECUCION Y HASTA EL 15 DE SEPTIEMBRE 2019.

Porcentaje Avance en tiempo: 42.5%

Porcentaje de Ejecución (en relación a los bienes y/o servicios recibidos): 0%

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Recursos Girados: (relacionar los pagos realizados a la fecha del informe)

Porcentaje de pagos realizados: 0%

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: 100%

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
Rutbell Orlando Angarita	**Técnico de Campo**	**N/A**
Herrera Dosa Carlos Hugo	**Técnico de Campo**	**N/A**

INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES AL CONTRATISTA:

No _X__ Sí ____

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

N/A

INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA FAC O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES A LA FAC:

No _X__. Sí ____.
Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

N/A

LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ESTA ESTRUCTURADO SOBRE UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

No __X__ Sí ____

(En caso afirmativo deberá anexarse el cronograma con el porcentaje de avance de cada tarea o actividad).

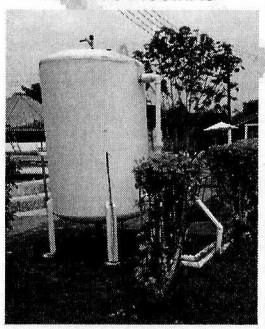
DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA AJUSTADO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS DOCUMENTOS DEL CONTRATO (PLIEGO DE CONDICIONES, PROPUESTA, CONTRATO Y OTROS DOCUMENTOS)

No ____ Sí __X___

En caso negativo explicar detalladamente las razones por las cuales no se ha dado cumplimiento a los términos y condiciones por parte del contratista:

DESCRIPCION DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INFORME DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN
(Listar actividades específicas realizadas)

Se iniciaron los trabajos el día 28 de julio del 2019, con el mantenimiento del ITEM.3, para el cual a la fecha aún se encuentran realizando trabajos, se anexa planilla de pago de seguridad social del personal que se encuentra realizando los trabajos.

3. MANTENIMIENTO FILTROS PISCINAS 	**3.1 Mantenimiento filtro piscina oficiales:** Mantenimiento consistente en: Retiro de toda la arena Lavado general interno y externo. Remoción de óxido que se encuentra sobre la superficie, lijado de la superficie. Reparación de fisuras presentes en el tanque. Pintura general interna y externa: una mano de pintura con anticorrosivo Alquídica, con óxido de hierro como pigmento inhibidor de la corrosión y pintura final a dos manos en color blanco con Esmalte sintético a base de aceite, acabado brillante, excelente cubrimiento y adherencia, lavable, sólidos por peso de 34.25 – 59.1 %. Cambio de arena para filtros de piscina Cambio de tubería y válvulas Medidas del tanque 1,9 metros de alto X 1,20 metros de ancho. **Nota:** debe entregar un CD con fotografía y un informe de los trabajo realizado y programa y plan de mantenimiento.

ANEXOS SOPORTES DEL PAGO O PAGOS REALIZADOS DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISION (SOPORTES DE LA FACTURACION).
(Cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)

N/A

DESCRIPCION DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES:
(Listar actividades específicas pendientes y demás aspectos a tener en cuenta sobre la ejecución del contrato)

Pendiente la realización de la totalidad de los trabajos descritos en la ficha técnica en el mes de agosto.

Ítem	Descripción	Cantidad	Valor
1	MANTENIMIENTO FILTRO DE APAC 80.000 GPD	3	
2	MANTENIMIENTO FILTRO DE APAC RD 3000 GDP	1	
3	MANTENIMIENTO FILTROS PISCINAS	2	
4	MANTENIMIENTO FILTRO DE AGUA	1	
5	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL FOTOMETRO.	1	
6	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL OXIMETRO	1	
7	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, VERIFICACION DEL PH METRO	1	
8	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL TURBIDIMETRO	1	

SEGUIMIENTO A RIESGOS:
"En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI:___x___ NO_____

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere se anexe el correspondiente soporte documental para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.
No se han materializado los riesgos.

NOMBRE SUPERVISOR: AT. MAHECHA ESPITIA JUAN CARLOS

FIRMA:

C.C. No. 1073326527

DEPENDENCIA: CACOM 6 - GRUAL

Porvenir
Sólo hay uno

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS

PORVENIR S.A.

NIT. 800.144.331 – 3

Informa que el señor (a) CARLOS HUGO HERRERA DOSA .
Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía 86.075.735. se encuentra afiliado (a) en el Fondo de Pensiones Obligatorias.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado (a) en Villavicencio a la fecha de 2019/07/15

Atentamente,

ROCIO NORENA RINCÓN
DIRECTOR NACIONAL DE OFICINAS.

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) CARLOS HUGO HERRERA DOSA identificado(a) con CC número 86075735 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	PROYECTAR SERVICIOS LLANEROS SAS		
N° Identificación:	900699503		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	16/07/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 15 de julio de 2019 a las 02:00 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00000382540000049991.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS No. 3015426141

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Herrera	Dosa	Carlos	Hugo

7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 8607573S
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: Dirección; Teléfono fijo; Teléfono celular; Correo electrónico; Municipio/Distrito; Zona Urbana ☐ Rural ☐; Localidad/Comuna; Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido; Segundo apellido; Primer nombre; Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	M	Condición T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EP
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Proyectar SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 900699503
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Dirección: Cra 32 # 33c22
Teléfono: 662773
Correo electrónico
Municipio/Distrito: Bucaramanga
Departamento: Santander

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐
2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐
3. Actualización del documento de identidad. ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
6. Reinscripción en la EPS. ☐
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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
13. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
15. Reporte de fallecimiento. ☐
16. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐
18. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido; Segundo apellido; Primer nombre; Segundo nombre
Tipo documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
Fecha de nacimiento
42. Fecha: 15/07/2019
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción. ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
50. 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 . ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran ☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Carlos Herrera
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total ☐
Cantidad:
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital ☐

Scanned with CamScanner

Señor(es): CONSTRUNAL DE AGUAS S.A.S.
Nit: NI 900849077
Dirección: CALLE 2B 34-98 LAS ACACIAS
Teléfono: 3502701632 **Fax:**
Ciudad: VILLAVICENCIO

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	CONSTRUNAL DE AGUAS S
Tipo y número de identificación	900849077
Número de radicación planilla	8335946492
Fecha de pago	7/15/2019
Número de autorización de pago	60334063
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2019
Periodo cotización pensión	Junio 2019
Periodo cotización caja	Junio 2019
Número de administradoras	4
Total Pagado	$368.500
Total interés mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$57.700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$132.500	1
CCF34	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	$33.200	1
CCFC55	EPS-S Cajacopi	$103.600	1
PAICBF	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	$24.900	1
PASENA	SENA	$16.600	1

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Porvenir
Sólo hay uno

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS

PORVENIR S.A.

NIT. 800.144.331 – 3

Informa que el señor (a) ORLAN STIVEN JIMENEZ RICAUTE .
Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía 1.234.788.972 se encuentra afiliado (a) en el Fondo de Pensiones Obligatorias.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado (a) en Villavicencio a la fecha de 2019/07/24

Atentamente,

ROCIO NORENA RINCÓN
DIRECTOR NACIONAL DE OFICINAS.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/07/2019, el empleador PROYECTAR SERVICIOS LLANEROS identificado con NIT número 900699503 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

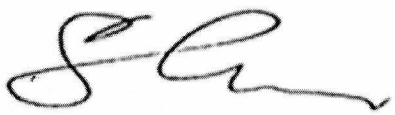
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2015687	24/07/2019	AFILIACION

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1234788972	ORLAN STIVEN JIMENEZ RICAUTE	828116	OPERARIO	2019-07-24

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio del año 2019.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) ORLAN STIVEN JIMENEZ RICAUTE identificado(a) con CC número 1234788972 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	PROYECTAR SERVICIOS LLANEROS SAS		
N° Identificación:	900699503		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	25/07/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

miércoles, 24 de julio de 2019 a las 08:34 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00000458490000060704.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA