II. 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
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Novedad [x] 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

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	42. Fecha DD / MM / AAAA
NA		Femenino [ ] Masculino [ ]		29 04 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	NA	

VI. 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 caso fortuito que implican la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no información del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una u
- [x] 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
- [x] 51. Autorización para que la EPS ajuste la información que se genere de la afiliación o el reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, dos acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Cabeza
Brener Bolaños 91.	ernesto pimiento

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	RA	CE	CD	SC	PT	PE	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 decrete la cesación de cuerpo y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones Colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de Beneficiar o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

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

311
Powered by CamScanner

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:

JEISON ESTIVEN RENTERIA VELASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.064.608.775**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901419847
Número Afiliación: 9017092
Razón social: PUENTES DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1064608775
Nombre: JEISON ESTIVEN RENTERIA VELASQUEZ
Fecha Ingreso: 28/04/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 27/04/2023 02:32:27 p.m.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363954

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT ☒ C.C ☐ T.I. ☐ C.E ☐ PAS ☐
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
RENTERIA	VELASQUEZ	JEISON	ESTIVEN	1989 / 10 / 29	F ☐ M ☒ I ☐

C.C ☒ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No. **1064608775**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Vereda piedra**

SECTOR: ☒ URBANO ☐ RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3023610793**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **notiene@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- ☒ No disponible
- ☐ Cabeza de familia
- ☐ Desplazado
- ☐ Población migrante
- ☐ Ejercicio del trabajo sexual
- ☐ En condición de discapacidad
- ☐ Desmovilizado o reinsertado
- ☐ Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- ☐ Damnificado desastre natural
- ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
- ☐ Población zonas frontera (nacionales)
- ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- ☐ Preescolar
- ☐ Básica
- ☐ Secundaria
- ☒ Media
- ☐ Técnico / tecnológico
- ☐ Profesional universitario
- ☐ Posgrado / maestría
- ☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena
- ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- ☐ Palenquero
- ☐ Room/gitano
- ☒ No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO ☒ RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	☒ Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI ☒ NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO | ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente | No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.:

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.:

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GENERO (F / M / I)	C.T. (DISC)	T. PARENTESCO (HIJO / PDRE / HMNO / HJTR)	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) (Tipo / Número)	USO EXCLUSIVO C.C.F.C (N/A)

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-28 13:36:53, el empleador **PUENTES DE COLOMBIASAS** identificado con **NI** número **901419847** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
422392809063	2023-04-28 13:36:53	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1064605775	JEISON ESTIVEN RENTERIA	1160000	OBREROS Y PEONES DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS	2023-04-28

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Abril del año 2023.

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:

WILLIAM ELI PIZO BOLAÑOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.297.787**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901419847
Número Afiliación: 9017092
Razón social: PUENTES DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 10297787
Nombre: WILLIAM ELI PIZO BOLAÑOS
Fecha Ingreso: 28/04/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 27/04/2023 02:35:32 p.m.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363956

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I. [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
PIZO	BOLAÑOS	WILLIAM	ELI	1983 / 03 / 25	F ☐ M ☒ I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No. **10297787**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO [x] UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CRA 3 4-54**

SECTOR: [x] URBANO [ ] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3155182601**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **PURACE** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **NOREGISTRTADO@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO ☒ RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI ☒ NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A
PIZO	QUIRA	HELEEN	YARENI	2010	06	29	x				x				TI	1058935026	
PIZO	QUIRA	EMILY	DAYELY	2017	03	12	x				x				RC	1058938744	

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PDRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO SuperSubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD — AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

ASMETA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ASMETA SALUD EPS

NÚMERO DE RADICACIÓN

FECHA DE RADICACIÓN

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] (Cotizante o Cabeza de Familia [X], Beneficiario o afiliado adicional [ ]) B. Corporativa [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (A suministrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Arco	Bolaños	William	Eli

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C [X] NA [ ]	10297787	Femenino [ ] Masculino [X]	26 / 10 / 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo Poblacional
NA [ ]	Tipo: NA [ ] Cuidador: T [ ] P [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL SURA	PENSIONES	$1.160.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Parce Blanco 37		3155182601	

Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Popayan	[ ]	[X]		CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. 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: DD / MM / AAAA
NA [ ]			

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: F	M	28. Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA
01					NA [ ]				
02					NA [ ]				
03					NA [ ]				
04					NA [ ]				
05					NA [ ]				

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Cuidador: T	P	32. Código de ubicación: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
01	NA [ ]	NA [ ]									
02	NA [ ]	NA [ ]									
03	NA [ ]	NA [ ]									
04	NA [ ]	NA [ ]									
05	NA [ ]	NA [ ]									

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Red/Nombre Prestadores de Servicios de Salud - IPS	Código de IPS (A suministrar por la EPS)
C		
B		
S		
O		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a reportar por la EPS)
Puentes de Colombia SAS	NA [ ] NIT	901419847-1	

39. Ubicación	Teléfono(s)	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Km 2 antv via huila			Popayan	Cauca.

Powered by CamScanner

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
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14 Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del cobro de prestación al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	42. Fecha DD / MM / AAAA
RA				29 04 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: 04	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

IV. 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 subsistencia de razones de fuerza mayor caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no inhabilidad del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una o.
- [x] 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.
- [x] 51. Autorización para que la EPS aporte la información que se genere de la afiliación o el reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
William E Pizo	ernesto pimiento

VIII. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT PE Total
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [x] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- [ ] 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 cuerpo y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60 Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Constancia de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones Colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación DD/MM/AAAA	69. Fecha de validación DD/MM/AAAA

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

Powered by CamScanner

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:

JORGE DUBAN MORALES CHICANGANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.959.702**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JORGE DUBAN MORALES CHICANGANA	C.C.	1,002,959,702	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 26 de abril de 2023 a las 04:25:43 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363904

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
MORALES	CHICANGANA	JORGE	DUBAN	2001 / 03 / 25	F ☐ M [x] I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] CUAL: — No. **1002959702**

ESTADO CIVIL: [x] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **TRIUNFEMOS POR LA PAZ**

SECTOR: [ ] URBANO [x] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3104912937**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **NOTIENE@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	[x] URBANO [ ] RURAL	2023 / 04 / 29	OFICIAL	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones [ ] SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? [ ] SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — [ ] Cta. Ahorros [ ] Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ CUAL: — No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GENERO (F / M / I)	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PDRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración
☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:
☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a)
del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

FUA Digital No. 750245835

Proceso Formulario con Firmas

Fecha de Radicación

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] — B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] — Cotizante o Cabeza de Familia [ ] — Beneficiario o Afiliado adicional [ ] — B. Colectiva [ ] — C. Institucional [ ] — D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] — B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] — 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: MORALES	Segundo apellido: CHICANGANA	Primer nombre: JORGE	Segundo nombre: DUBAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1002959702	Femenino / Masculino	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
		1,160,000

18. Residencia (Dirección)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Triunfemos por la paz LT 68 BARRIO LAS PALMAS		(310) 491-2937	jorgchicangana@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Localidad / Comuna	Departamento
POPAYAN-CAUCA			

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 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 / N / M)	Condición (T / P)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
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 E.P.S.)
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
PUENTES DE COLOMBIA SAS		NI-901419847	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha: 25/04/2023
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] / [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.PS. solicite y entregue 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 E.PS. 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 clínicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.PS. 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 E.PS. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
CC-1002959702-MORALES JORGE	NI-901419847-PUENTES DE COLOMBIA SAS

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida 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 unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
[ ] [ ] / [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		

Observaciones

APLICAR FECHA DE RETIRO A:

RECIBIDO PARA ESTUDIO EPS SANITAS

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
Gutierrez Martinez Carol Tatiana C.C. No		

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

abril 27, 2023 13:23

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:

JHON ALEX CASTILLO MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.778.736**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JHON ALEX CASTILLO MOSQUERA	C.C.	1,061,778,736	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 26 de abril de 2023 a las 04:26:50 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363909

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
CASTILLO	MOSQUERA	JHON	ALEX	1995 / 03 / 25	F ☐ M [x] I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No. **1061778736**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO [x] UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CL 15**

SECTOR: [x] URBANO [ ] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3237451697**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **NOTIENE@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL: [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	[x] URBANO [ ] RURAL	2023 / 04 / 29	OFICIAL	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones [ ] SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? [ ] SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — [ ] Cta. Ahorros [ ] Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

CONVIVEN: ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GENERO (F / M / I)	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PDRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración
☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:
☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

Emssanar

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No. 15233 libro IX. Octubre 24 de 2014
NIT. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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: Castillo	Segundo apellido: Moguera	Primer nombre: Jhon	Segundo nombre: Alex

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CC	1061788736	Femenino [ ] Masculino [X]	14 05 31 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M)	Condición (T F)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL Sura	Porvenir	1.160.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 15 22 - 101		3233475169	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comuna	Departamento
Popayan		Pelo Alto	Cauca

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 (D D M M A A A A)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y demás 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 (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	F
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 EPS)
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Puentes de Colombia SAS	NIT	901419847-1	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Km 2 ant Vigilia			Popayan	Cauca

Powered by CamScanner

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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo
  [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen
  [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de Estado 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

31. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]				24/04/2025

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 afiliación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Jhon Alex Castillo Mosquera	Ernesto Pimiento

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]

- [ ] 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 de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración aportada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

Powered by CamScanner

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:

OMAR BOLAÑOS GAVIRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.324.573**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
OMAR BOLANOS GAVIRIA	C.C.	76,324,573	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 26 de abril de 2023 a las 04:24:44 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363910

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT [x] C.C [ ] T.I. [ ] C.E [ ] PAS [ ]
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
BOLAÑOS	**GAVIRIA**	**OMAR**		**1976 / 07 / 14**	F ☐ M [x] I ☐

C.C [x] T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No. **76324573**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO [x] UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA	SECTOR	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
Vereda EL AGRADO	☐ URBANO [x] RURAL	**321546123**	

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	E-MAIL
PURACE	**CAUCA**	**COLOMBIA**	**OMARBOLANOS04@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD
- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO
- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [ ] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [x] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO [x] RURAL	**2023 / 04 / 29**	**AYUDANTE**	**240**	[x] Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI [x] NO — VALOR **1160000** (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA	IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR
	No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA	IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR
	No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	**2023-04-29**	FECHA	FECHA
NOMBRE	**COMFACAUCA EN LÍNEA**	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10169126355418
Fecha de radicación 03/05/2023

EPSIC3

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BOLAÑOS	GAVIRIA	OMAR	
Tipo de documento de identidad	**Número de documento de identidad**	**Sexo**	**Fecha de nacimiento**
CC	76324573	Femenino [ ] Masculino [X]	14/07/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
01 - Indigena	Ninguna		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
14-4: AXA Colpatria	0000: Sin AFP	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
VRD EL AGRADO		3115870113	ernestopimiento77@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
POPAYÁN	Urbana [ ] Rural [X]	0012 - JOSE HILARIO LOPEZ	CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SERVI SALUD DEL CAUCA - Carrera 7 #14N29	1900109041 Sede: 531

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
PUENTES DE COLOMBIA SAS	NI901419847	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 67 74 42		ernestopimiento77@gmail.com	BARRANQUILLA	ATLÁNTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo 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.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. 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 de 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10169126355418
Fecha de radicación 03/05/2023

EPSIC3

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
25/04/2023			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:				1					Total 1

- [X] 56. Anexo copia de documento de identidad
- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:YEAN CUNDA MEDINA, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:afiliacionescontributivo1@aicsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA e ingresando el código: 3D57A28C-B246-4F86-B
Url: https://contributivo.aicsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/pages/CQR.aspx

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:

JOSE GABRIEL GALINDO REYES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.109.674**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JOSE GABRIEL GALINDO REYES	C.C.	1,128,109,674	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 26 de abril de 2023 a las 04:28:27 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. **363913**

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT [x] C.C [ ] T.I. [ ] C.E [ ] PAS [ ]
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
GALINDO	**REYES**	**JOSE**	**GABRIEL**	**1994 / 05 / 03**	F ☐ M ☒ I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ]
CUAL: No. **1128109674**

ESTADO CIVIL: [x] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Lote 17 QUINTAS DEL SOL**

SECTOR: [ ] URBANO [x] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3203382354**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **reyesjosegabriel66@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	[ ] URBANO [x] RURAL	**2023 / 04 / 29**	**AYUDANTE**	**240**	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones [ ] SI [x] NO — VALOR **1160000** (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? [ ] SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — [ ] Cta. Ahorros [ ] Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GENERO (F / M / I)	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PDRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	**2023-04-29**	FECHA	FECHA
NOMBRE	**COMFACAUCA EN LÍNEA**	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación

2 ☐ Documento de identificación del trabajador.

3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.

4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.

5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.

6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.

7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.

8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)

9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.

10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.

12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)

13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)

14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.

15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados)
Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.

16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.

17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja

18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.

19 ☐ Certificación veteranos

20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora

21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

Dirección Sanitas Internacional

NIT 805.001.446-0

CÓDIGO 005, Régimen de Excepción - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FUA Digital No. 750244506

Proceso Formulario con Firmas

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] — B. Recarga de Novedades [X]
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 [X] — B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] — 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: GALINDO	Segundo apellido: REYES	Primer nombre: JOSE	Segundo nombre: GABRIEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1128109674	Femenino / Masculino	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo / Condición		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
		11,600,000

18. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
LOTE 17 QUINTAS DEL SOL		(320) 338-2354	josegablind@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
POPAYAN-CAUCA	Urbana [ ] Rural [ ]		

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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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 documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
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 E.P.S.)
C		
S		
S		
S		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
PUENTES DE COLOMBIA SAS		NI-901419847	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha: 25/04/2023

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 relación 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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.PS. solicite y entregue 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 E.PS. 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 clínicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.PS. 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 E.PS. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
CC-1128109674-GALINDO JOSE	NI-901419847-PUENTES DE COLOMBIA SAS

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	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, 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 unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

APLICAR FECHA DE RETIRO A:

RECIBIDO PARA ESTUDIO EPS SANITAS

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
Gutierrez Martinez Carol Tatiana C.C. No		

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

abril 26, 2023 13:23

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

N°23028684

23028684

AR 443268 A A | Ciudad: Barranquilla | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2023 04 25

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a estar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir:
Pensiones Obligatorias: /

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o caja durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: C.C / T.I. C.E. PAS R.C C.D.
N° de Documento de Identidad: 1114812052
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 2021 01 07
Lugar de Expedición: Cesar
Género: M / F
Es Pensionado (Afiliado): SI NO /
Primer Apellido: Enriquez
Segundo Apellido: Mosquera
Primer Nombre: Harold
Otros Nombres: Stiven
Fecha de Nacimiento: 20020603
Lugar de Nacimiento: el Cerrito
Nacionalidad: Colombiana / Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia
Barrio
Ciudad/Municipio
Departamento
N°. de Teléfono Fijo
N°. de Teléfono celular: 3127695928
Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail): Stivenenriquez2002@Gmail.com
Dirección Laboral
Ciudad
Departamento
N°. de Teléfono

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT / C.C C.E PAS T.I
N° de Documento de Identidad: 901419847
Nombre y/o Razón Social: Puentes de Colombia
Ciudad
Dirección Empleador
Departamento
Teléfono(s)
Ocupación o Cargo Actual: Ayudante
Salario o Ingreso Mensual: $ 1.160.000
Salario Integral: y/o $
Envío de Notificación
Sucursal Principal
Sucursal Ciudad /
Tipo de Trabajador
Independiente Contratista
Dependiente /
Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento (A A A A M M D D)	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

"Código parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán verificados de acuerdo con las normas legales vigentes."

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas
Entidad en la cual se realizó la cotización
Tengo Derecho al Bono Pensional: SI NO /

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de trasladar al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.

- Anexo la fotocopia de mi documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerde que a partir del momento en que el fondo de pensiones le notifique sobre la validez de la afiliación usted tendrá con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer su facultad de retracto. (Decreto 1161 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

Hago constar que la selección del Régimen de _____ la he efectuado en

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
HAROL STIVEN ENRIQUEZ MOSQUERA	C.C.	1,114,812,052	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 26 de abril de 2023 a las 04:28:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363915

Diligencie este formulario
en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)
PUENTES DE COLOMBIA SAS

NIT ☒ C.C ☐ T.I. ☐ C.E ☐ PAS ☐
No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
ENRIQUEZ	MOSQUERA	HAROLD	STIVEN	2002 / 06 / 03	F ☐ M ☒ I ☐

C.C ☒ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No. **1114812052**

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Vereda PALETARÁ**
SECTOR: ☐ URBANO ☒ RURAL
TELÉFONO CELULAR: **3127695928**
TELÉFONO FIJO:
MUNICIPIO: **EL CERRITO**
DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA**
PAÍS: **COLOMBIA**
E-MAIL: **STIVENENRIQUEZ2002@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- ☒ No disponible
- ☐ Cabeza de familia
- ☐ Desplazado
- ☐ Población migrante
- ☐ Ejercicio del trabajo sexual
- ☐ En condición de discapacidad
- ☐ Desmovilizado o reinsertado
- ☐ Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- ☐ Damnificado desastre natural
- ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
- ☐ Población zonas frontera (nacionales)
- ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO

- ☐ Preescolar
- ☐ Básica
- ☐ Secundaria
- ☒ Media
- ☐ Técnico / tecnológico
- ☐ Profesional universitario
- ☐ Posgrado / maestría
- ☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena
- ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- ☐ Palenquero
- ☐ Room/gitano
- ☒ No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO ☒ RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	☒ Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI ☒ NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO
☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente
No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:
IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:
IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PDRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación

2 ☐ Documento de identificación del trabajador.

3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.

4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.

5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.

6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.

7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.

8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)

9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.

10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.

12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)

13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)

14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.

15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.

16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.

17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja

18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.

19 ☐ Certificación veteranos

20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora

21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10178178355418
Fecha de radicación 03/05/2023

EPSIC3

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ENRIQUEZ	MOSQUERA	HAROLD	STIVEN
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1114812052	Femenino [ ] Masculino [X]	03/06/2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
01 - Indigena	Ninguna		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
14-4: AXA Colpatria	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
POPAYAN		3127695928	ernestopimiento77@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
POPAYÁN	Urbana [ ] Rural [X]	0060 - ALTO CAJETE	CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SERVI SALUD DEL CAUCA - Carrera 7 #14N29	1900109041 Sede: 531

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
PUENTES DE COLOMBIA SAS	NI901419847	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 67 74 42		ernestopimiento77@gmail.com	BARRANQUILLA	ATLÁNTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo 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.
- [X] 13. Movilidad:
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado:
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10178178355418
Fecha de radicación 03/05/2023

EPSIC3

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
25/04/2023			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				1					1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:YEAN CUNDA MEDINA, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:afiliacionescontributivo1@aicsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA e ingresando el código: 8741993A-4EFA-4565-8
Url: https://contributivo.aicsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/pages/CQR.aspx

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MENESES LUCUMI OLMES** identificado(a) con **CC** número **76.007.432** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de enero de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de abril de 2023.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202304260947

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9017092 correspondiente a la empresa Puentes De Colombia Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
OLMES MENESES LUCUMI	C.C.	76,007,432	25/04/2023

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 26 de abril de 2023 a las 04:24:18 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363919

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
MENESES	LUCUMI	OLMES		1982 / 03 / 19	F ☐ M [x] I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No. **76007432**

ESTADO CIVIL: [x] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CR 10BS 68N 39**

SECTOR: [x] URBANO [ ] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3206565739**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **CALDONO** | DEPARTAMENTO: **CAUCA** | PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **OLMESMENESES@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL: [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO [x] RURAL	2023 / 04 / 29	INSPECTOR SST	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
YANDY	OTECA	YENI	CONSTANZA	1982 / 11 / 20		F [x] M ☐ I ☐

C.C [x] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] VISA [ ] OTRO [ ] — CUAL: — No. **25562429**

CONVIVEN [x] SI [ ] NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PADRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A
MENESES	YANDY	MARIA	FERNANDA	2009	06	17	x				x				TI	1061738795	
MENESES	YANDY	SEBASTIAN	DAVID	2016	04	06		x			x				RC	1061808595	

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PADRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD — AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación

2 ☐ Documento de identificación del trabajador.

3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.

4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.

5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.

6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.

7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.

8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)

9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.

10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.

12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)

13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)

14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.

15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados)
Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.

16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.

17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja

18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.

19 ☐ Certificación veteranos

20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora

21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10178185355418
Fecha de radicación 03/05/2023

EPSIC3

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENESES	LUCUMI	OLMES	
Tipo de documento de identidad	**Número de documento de identidad**	**Sexo**	**Fecha de nacimiento**
CC	76007432	Femenino [ ] Masculino [X]	19/03/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
01 - Indigena	Ninguna		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
14-4: AXA Colpatria	230201: Protección	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 10 68 39		3206565739	ernestopimiento77@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
POPAYÁN	Urbana [X] Rural [ ]	B37 - Bello Horizonte	CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SERVI SALUD DEL CAUCA - Carrera 7 #14N29	1900109041 Sede: 531

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
PUENTES DE COLOMBIA SAS	NI901419847	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 67 74 42		ernestopimiento77@gmail.com	BARRANQUILLA	ATLÁNTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo 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.
- [X] 13. Movilidad:
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado:
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10178185355418
Fecha de radicación 03/05/2023

EPSIC3

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
25/04/2023			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				1					1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:YEAN CUNDA MEDINA, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:afiliacionescontributivo1@aicsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA e ingresando el código: FCF16599-D898-42B4-8
Url: https://contributivo.aicsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/pages/CQR.aspx

REPORTE DE NOVEDAD DE MOVILIDAD EN LA MISMA EPS.
TRABAJADOR DEPENDIENTE

Fecha__28 de abril de 2023 _____

Señores:
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Popayán Cauca

Con la presente, nuestra empresa PUENTES DE COLOMBIA SAS, con NIT (con digito de verificación) 901419847-1 solicita efectuar el proceso de registro de novedad de movilidad entre regímenes para ingresar el régimen Contributivo (X) o Subsidiado ( ) (*Marque con una (X) el régimen al cual desea afiliarse.)* De nuestro colaborador y su núcleo Familiar los cuales se encuentran actualmente activos en la Base de datos única de afiliados –BDUA en su entidad. A continuación se relaciona los principales datos del empleado.

Datos Empleado

TP_DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC	10299232	MANQUILLO	FERNANDEZ	JUAN	CARLOS

TIPO DE SALARIO (marque con una X)			SALARIO BASE
Fijo (X)	**Variable ( )**	**Integral ( )**	**$1.160.000**
Estado Civil: UNION LIBRE		**Ocupación: AYUDANTE DE CONSTRUCCION**	
Nivel educativo: SECUNDARIA		**Fecha Ingreso a la Entidad 28/04/2023**	**Fecha Terminación Contrato**
Administrador de Riesgos:ARL SURA		**Fondo de Pensión: PORVENIR**	
Dirección de Residencia: PURACÉ		**Ciudad: POPAYAN**	
Localidad/Corregimiento		**Barrio/Vereda: PURACÉ**	
Teléfono Fijo:		**Teléfono Celular: 3128958722**	
Correo Electrónico empleado: ernestopimiento77@gmail.com			
Sugiera una IPS de Atención cercana a su Residencia: (Opcional)			

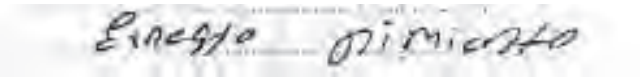
Datos Inclusión Núcleo Familiar

PARENTESCO	TP_DOC	DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cónyuge o Compañera						
Hijo(a)						
Hijo(a)						
Hijo(a)						
Otro						

Declaro que la información reportada es correcta y verdadera, de igual forma acepto y autorizo a la EPS que 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. **De igual forma declaró que he leído y aceptado toda la información registrada de forma electrónica por parte del asesor comercial relacionada con la información de mi afiliación y/o beneficiarios.** Autorizo para que la EPS envié información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

Responsable de Afiliaciones a EPS

JOSE ERNESTO PIMIENTO MUÑOZ
Nombres y Apellidos



Firma y/o sello del empleador

Sello

NOTA: Este documento debe ser enviado al asesor comercial de la Asociación Indígena del Cauca, con los respectivos documentos soportes de afiliación, conforme a la Matriz de requisitos para el reporte de novedad de movilidad al correo afiliacionescontributivo@aicsalud.org.co. –Tel 092-8380200 Ext: 186 -185. **Se sugiere que los datos sean preferiblemente digitados en Fuente Arial 10, para que la información sea legible.**



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901419847
Número Afiliación: 9017092
Razón social: PUENTES DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 10299232
Nombre: JUAN CARLOS MANQUILLO FERNANDEZ
Fecha Ingreso: 28/04/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 27/04/2023 02:41:42 p.m.

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:

JUAN CARLOS MANQUILLO FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.299.232**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363959

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT [x] C.C [ ] T.I [ ] C.E [ ] PAS [ ] — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
MANQUILLO	FERNANDEZ	JUAN	CARLOS	1981 / 05 / 12	F ☐ M [x] I ☐

C.C[x] T.I[ ] C.E[ ] PAS[ ] CD[ ] PEP[ ] PPT[ ] VISA[ ] OTRO[ ] — CUAL: — No. **10299232**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO [x] UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **Vereda LOMA LINDA**

SECTOR: [x] URBANO [ ] RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3122958722** — TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **PURACE** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **notiene@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- [x] No disponible
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Desplazado
- [ ] Población migrante
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia
- [ ] Población zonas frontera (nacionales)
- [ ] Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [x] Media
- [ ] Técnico / tecnológico
- [ ] Profesional universitario
- [ ] Posgrado / maestría
- [ ] Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- [ ] Palenquero
- [ ] Room/gitano
- [x] No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL: [x] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO [x] RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	[x] Básico [ ] Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI [x] NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI [x] NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
GURRUTE	MACA	JOSEFA		1984 / 03 / 19		F ☐ M [x] I ☐

C.C[x] T.I[ ] C.E[ ] PAS[ ] CD[ ] PEP[ ] PPT[ ] VISA[ ] OTRO[ ] — CUAL: — No. **25628414**

CONVIVEN [x] SI [ ] NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.:

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C[ ] T.I[ ] C.E[ ] PAS[ ] CD[ ] PEP[ ] PPT[ ] VISA[ ] OTRO[ ] — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.:

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PADRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A
MANQUILLO	GURRUTE	YASMIN	YULIANA	2002	08	26	x				x				CC	1002877039	
MANQUILLO	GURRUTE	KEINER	YEFREY	2018	01	30		x			x				RC	1060240462	

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PADRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

VIGILADO SuperSubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca — El empleo es de todos — Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHON ANDERSON SANTACRUZ MONTILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1061789581,** se encuentra afiliado/a desde **05/11/2014** 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 27 de abril de 2023.



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



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901419847
Número Afiliación:	9017092
Razón social:	PUENTES DE COLOMBIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1061789581
Nombre:	JHON ANDERSON SANTACRUZ MONTILLA
Fecha Ingreso:	28/04/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	27/04/2023 02:44:46 p.m.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

No. 363963

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6%	2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0%	0,6%	2%
Regular	☐	Regular	☐	☐	Fidelidad 25 años	☐		
Servicio Domestico	☐	Taxista	☐	☐	Menos de 1.5 SMMLV	☐	☐	☐
Madre Comunitaria	☐	Facultativos	☐	☐	Más de 1.5 SMMLV		☐	☐
Veteranos	☐	Colombiano en el Exterior	☐	☐				

PARTE A — INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT): **PUENTES DE COLOMBIA SAS**

NIT ☒ C.C ☐ T.I. ☐ C.E ☐ PAS ☐ — No. **901419847-1**

PARTE B — INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO
SANTACRUZ	MONTILLA	JHON	ANDERSON	1996 / 03 / 17	F ☐ M ☒ I ☐

C.C ☒ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No. **1061789581**

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **CR 6A ESTE 11 10 B LOS BRACEROS**

SECTOR: ☒ URBANO ☐ RURAL

TELÉFONO CELULAR: **3232942662**

TELÉFONO FIJO:

MUNICIPIO: **POPAYAN** — DEPARTAMENTO: **CAUCA** — PAÍS: **COLOMBIA**

E-MAIL: **NOTIENE@GMAIL.COM**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- ☒ No disponible
- ☐ Cabeza de familia
- ☐ Desplazado
- ☐ Población migrante
- ☐ Ejercicio del trabajo sexual
- ☐ En condición de discapacidad
- ☐ Desmovilizado o reinsertado
- ☐ Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
- ☐ Damnificado desastre natural
- ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
- ☐ Población zonas frontera (nacionales)
- ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- ☐ Preescolar
- ☐ Básica
- ☐ Secundaria
- ☒ Media
- ☐ Técnico / tecnológico
- ☐ Profesional universitario
- ☐ Posgrado / maestría
- ☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena
- ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
- ☐ Palenquero
- ☐ Room/gitano
- ☒ No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☐ URBANO ☒ RURAL	2023 / 04 / 29	AYUDANTE	240	☒ Básico ☐ Mesada Pensional — Comisiones ☐ SI ☒ NO — VALOR 1160000 (Suma todos los conceptos salariales)

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO — ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente — No. Cuenta

PARTE C — INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

CONVIVEN ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE D — DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
						F ☐ M ☐ I ☐

C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ PAS ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ — CUAL: — No.

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA:

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR — No.

PARTE E — INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	GENERO F	M	I	C.T. DISC	T. PARENTESCO HIJO	PADRE	HMNO	HJTR	IDENTIFICACIÓN C.C-T.I-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP) Tipo	Número	USO EXCLUSIVO C.C.F.C N/A
SANTACRUZ	CABRERA	IBETH	CELESTE	2014	09	18	x				x				TI	1061793792	

DISC: DISCAPACITADO — HIJO: HIJO — PADRE: PADRE — HMNO: HERMANO — HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2023-04-29

RECIBE		DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	2023-04-29	FECHA	FECHA
NOMBRE	COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

VIGILADO Supersubsidio

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. Nº 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0928) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com. - promoaportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0928) 292183 - **Puerto Tejada:** Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0928) 282189 - 282430 - **El Bordo:** Cr.7 # 4-33 PBX: 8262111
Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104681793 - **Miranda:** Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - **www.comfacauca.com**

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

comfacauca | El empleo es de todos | Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD: AÑO | MES | DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:
C.C☐ T.I☐ C.E☐ PAS☐ CD☐ PEP☐ PPT☐ VISA☐ OTRO☐ CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración
☐ 1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho / Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a)_____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____
es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:
☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)(s) a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre | Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a)_____identificado con_____padre / madre biológico(a) del menor_____identificaco con_____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones_____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

1 ☐ Formulario de afiliación
2 ☐ Documento de identificación del trabajador.
3 ☐ Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 ☐ Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 ☐ Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 ☐ Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 ☐ Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 ☐ Certificado de estudio o el boletin de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
9 ☐ Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 ☐ Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11 ☐ Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. **Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora:** Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 ☐ Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 ☐ Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 ☐ Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 ☐ Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago,** para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.
16 ☐ Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 ☐ Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 ☐ Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 ☐ Certificación veteranos
20 ☐ Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 ☐ Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0,6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)	
Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos.	3
Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión.	3 6 7 8 9 10 11
Conyuge/compañero(a) permanente e hijastro(s).	3 6 7 8 9 10 11 12
Hijos de trabajador(a) separado(a).	3 6 7 8 9 10 11
Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.)	6 7 8 9
Padres.	4 5 9 10 13 18
Hermanos huerfanos de padres	5 6 7 8 9 10 14

www.comfacauca.com

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-04-28 13:40:43, el empleador **PUENTES DE COLOMBIASAS** identificado con **NI** número **901419847** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica.

VALE

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
683748812005	2023-04-28 13:40:45	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1061789581	JHON ANDERSON SANTACRUZ	1160000	OBREROS Y PEONES DE LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS	2023-04-28

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Abril del año 2023.

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10549109		ELVIRA LOPEZ WILSON ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 # 6-24	POPAYAN-CAUCA	8336524	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2009267441	9449326813	I	2023/05/04	2023/04/05	NEQUI	0	$404,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	10549109	ELVIRA WILSON																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000	CCF14	30	$1,160,000	$23,200	14-23	30	$1,160,000	$50,500	30	$0	$0	No	$404,300
Total	**Afiliados(1)**																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$50,500		$0	$0		$404,300

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10549109		ELVIRA LOPEZ WILSON ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 # 6-24	POPAYAN-CAUCA	8336524	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2009267441	9449326813	I	2023/05/04	2023/04/05	NEQUI	0	$404,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,500	$0	$0	$50,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$50,500	$0	$0	$50,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$404,300**	**$0**	**$0**	**$404,300**

ANEXO N°4
MEPI-MN1-IN-15-FR-8 INFORME FINANCIERO Y PRESUPUESTAL CONTRATO DE OBRA

	INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA INFORME FINANCIERO Y PRESUPUESTAL CONTRATO DE OBRA	CÓDIGO	MEPI-MN1-IN-15-FR-8		
		VERSIÓN	1		
		PÁGINA	1	DE	1

FECHA: 3 de mayo de 2023 (Día) (Mes) (Año)

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES - GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES INFORME MENSUAL: Abril de 2023 **PROYECTO:** CORREDOR DE PALETARA

CONTRATO DE OBRA No: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RELACIÓN DE REGISTROS PRESUPUESTALES DEL CONTRATO DE OBRA

Vigencia Fiscal	Registro No.	Programa-Subprograma-Proyecto	Recurso No.	Fuente de Financiación (Nación o Propios)	Contrato Principal / Adicional No.	Valor	Saldo del Acta Anterior
2021	419521	C-2401-0600-90-0-2401023-02	54	Nacion	Contrato Principal No. 1006 de 2021	$ 6,125,861,986.00	$ -
2022	346622	C-2401-0600-90-0-2401008-02	11	Nación	Contrato Principal No. 1006 de 2021	$ 18,376,470,588.00	$ 9,290,573,353.00
				TOTAL		$ 24,502,332,574.00	$ 9,290,573,353.00

VALOR ACUMULADO DEL CONTRATO: $ 300,149,391,398.00

SEGUIMIENTO FINANCIERO Y PRESUPUESTAL CONTRATO DE OBRA

Acta No.	Tipo de Acta	Mes/Año de Ejecución	Valor Acta sin IVA	Valor IVA	Valor Total Ejecutado Acumulado Acta	Anticipo Amortizado Acta	Valor Total Pagado Descontando Anticipo	Saldo Anticipo por Amortizar	No. De Registro y Fecha	Saldo Registro Presupuestal	Saldo del Contrato	No. y Fecha de Radicación Cuentas por Pagar INVIAS	Indicar pago según reporte SIIF		Observaciones
													SI	NO	
											$ 300,149,391,398.00				**Valor Contrato Principal**
									419521 del 21/05/2020	**$ 6,125,861,986.00**					Valor inicial sin afectación de pagos-Registro Presupuestal No.467521 De 2021-06-11- **RECURSO**
1	OBRA	28 al 30 de Jun de 2021	**$ -**	**$ -**	**$ -**	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
1	AJUSTE DEF	28 al 30 de Jun de 2021	**$ -**	**$ -**	**$ -**	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
2	OBRA	jul-21	**$ -**	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
2	AJUSTE DEF	jul-21	**$ -**	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
3	OBRA	ago-21	**$ -**	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
3	AJUSTE DEF	ago-21	**$ -**	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
4	OBRA	Del 01 al 16 de sep de 2021	**$ -**	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
4	AJUSTE DEF	Del 01 al 16 de sep de 2021	**$ -**	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
5	OBRA	Del 26 al 31 de Agto de 2022	**$ -**	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
5	AJUSTE DEF	Del 26 al 31 de Agto de 2022	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	0	467521 del 11/06/2021	$ 6,125,861,986.00	$ 300,149,391,398.00				Amortización 0%
6	OBRA	sep-22	$ 436,576,777.00	$ 3,190,369.00	$ 439,767,146.00	$ -	$ 439,767,146.00	0	467521 del 11/06/2021	$ 5,686,094,840.00	$ 299,709,624,252.00	3181422 / 2022-11-30	x		Amortización 0%
6	AJUSTE PROV	sep-22	$ 33,045,166.00	$ 241,484.00	$ 33,286,650.00	$ -	$ 33,286,650.00	0	467521 del 11/06/2021	$ 5,652,808,190.00	$ 299,676,337,602.00	3182022 / 2022-11-30	x		Amortización 0%
6	AJUSTE DEF	sep-22	$ 705,618.00	$ 5,156.00	$ 710,774.00	$ -	$ 710,774.00	0	467521 del 11/06/2021	$ 5,652,097,416.00	$ 299,675,626,828.00	3398922 / 2022-12-13	x		Amortización 0%
7	OBRA	oct-22	$ 506,266,725.00	$ 3,699,641.00	$ 509,966,366.00	$ -	$ 509,966,366.00	0	467521 del 11/06/2021	$ 5,142,131,050.00	$ 299,165,660,462.00	3182622 / 2022-11-30	x		Amortización 0%
7	AJUSTE PROV	oct-22	$ 38,411,974.00	$ 280,703.00	$ 38,692,677.00	$ -	$ 38,692,677.00	0	467521 del 11/06/2021	$ 5,103,438,373.00	$ 299,126,967,785.00	3304322 / 2022-12-06	x		Amortización 0%
									346622 del 22/03/10	**$ 18,376,470,588.00**					Registro Presupuestal No.346622 De 11/03/2022- **RECURSO 11**
7	AJUSTE DEF	oct-22	$ 4,031,634.00	$ 29,462.00	$ 4,061,096.00	$ -	$ 4,061,096.00	0	346622 del 22/03/11	$ 18,372,409,492.00	$ 299,122,906,689.00	235623 / 2023-02-14	x		Amortización 0%
8	OBRA	nov-22	$ 687,813,490.00	$ 5,026,329.00	$ 692,839,819.00	$ -	$ 692,839,819.00	0	346622 del 22/03/11	$ 17,679,569,673.00	$ 298,430,066,870.00	79323 / 2023-02-02	x		Amortización 0%
8	AJUSTE PROV	nov-22	$ 52,354,495.00	$ 382,591.00	$ 52,737,086.00	$ -	$ 52,737,086.00	0	346622 del 22/03/11	$ 17,626,832,587.00	$ 298,377,329,784.00	79123 / 2023-02-02	x		Amortización 0%
9	OBRA	dic-22	$ 1,437,471,128.00	$ 10,504,597.00	$ 1,447,975,725.00	$ -	$ 1,447,975,725.00	0	346622 del 22/03/11	$ 16,178,856,862.00	$ 296,929,354,059.00	79823 / 2023-02-02	x		Amortización 0%
9	E&D	dic-22	$ 517,500,000.00	$ 98,325,000.00	$ 615,825,000.00	$ -	$ 615,825,000.00	0	346622 del 22/03/11	$ 15,563,031,862.00	$ 296,313,529,059.00				Amortización 0%

	INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PÚBLICA INFORME FINANCIERO Y PRESUPUESTAL CONTRATO DE OBRA	CÓDIGO	MEPI-MN1-IN-15-FR-8		
		VERSIÓN	1		
		PÁGINA	1	DE	1

															FECHA	3 de mayo de 2023	
																(Día) (Mes) (Año)	
									$ 9,188,235,294.00				3712922 / 2022-12-26 3717622 / 2022-12-27	x		Registro Presupuestal No.467521 Registro Presupuestal No 346622	
10	OBRA	ene-23	$ 1,123,672,473.00	$ 8,211,453.00	$ 1,131,883,926.00	$ 34,843,387	$ 1,097,040,539.00	$ 9,153,391,907.00	346622 del 22/03/11	$ 14,465,991,323.00	$ 295,216,488,520.00	429823 / 2023-03-08	x		Amortización 3,10%		
9	AJUSTE DEF	dic-22	$ 174,836,538.00	$ 1,277,652.00	$ 176,114,190.00	$ -	$ 176,114,190.00	$ 9,153,391,907.00	346622 del 22/03/11	$ 14,289,877,133.00	$ 295,040,374,330.00	433323 / 2023-03-09	x		Amortización 0%		
10	AJUSTE DEF	ene-23	$ 136,895,266.00	$ 1,000,388.00	$ 137,895,654.00	$ -	$ 137,895,654.00	$ 9,153,391,907.00	346622 del 22/03/11	$ 14,151,981,479.00	$ 294,902,478,676.00	433023 / 2023-03-09	x		Amortización 0%		
11	OBRA	feb-23	$ 1,470,019,016.00	$ 10,742,447.00	$ 1,480,761,463.00	$ 45,570,589	$ 1,435,190,874.00	$ 9,107,821,318.00	346622 del 22/03/11	$ 12,716,790,605.00	$ 293,467,287,802.00				Amortización 3,10%		
11	AJUSTE DEF	feb-23	$ 170,254,455.00	$ 1,244,167.00	$ 171,498,622.00	$ -	$ 171,498,622.00	$ 9,107,821,318.00	346622 del 22/03/11	$ 12,545,291,983.00	$ 293,295,789,180.00				Amortización 3,10%		
12	OBRA	mar-23	$ 1,416,267,432.00	$ 10,349,647.00	$ 1,426,617,079.00	$ 43,904,290	$ 1,382,712,789.00	$ 9,063,917,028.00	346622 del 22/03/11	$ 11,162,579,194.00	$ 291,913,076,391.00				Amortización 3,10%		
12	AJUSTE DEF	mar-23	$ 233,969,538.00	$ 1,709,777.00	$ 235,679,315.00	$ -	$ 235,679,315.00	$ 9,063,917,028.00	346622 del 22/03/11	$ 10,926,899,879.00	$ 291,677,397,076.00				Amortización 3,10%		
13	OBRA	abr-23	$ 1,676,035,679.00	$ 12,247,953.00	$ 1,688,283,632.00	$ 51,957,106	$ 1,636,326,526.00	$ 9,011,959,922.00	346622 del 22/03/11	$ 9,290,573,353.00	$ 290,041,070,550.00				Amortización 3,10%		
	TOTALES		$ 10,116,127,404.00	$ 168,468,816.00	$ 10,284,596,220.00	$ 176,275,372	$ 10,108,320,848.00	$ 9,011,959,922.00		**$ 9,290,573,353.00**	**$ 290,041,070,550.00**						

Todas las Actas aprobadas por la Interventoría deben relacionarse esten o no facturadas.

	VALOR BÁSICO	IVA	TOTAL
OBRA	$ 8,754,122,720.00	$ 63,972,436.00	$ 8,818,095,156.00
OBRAS COMPLEMENTARIAS Y/O ADICIONALES	$ -		$ -
JORNADAS DE TRABAJO 24 HORAS DIARIAS 7 DÍAS DE LA SEMANA E ILUMINACIÓN	$ -		$ -
AJUSTES	$ 844,504,684.00	$ 6,171,380.00	$ 850,676,064.00
ESTUDIOS Y DISEÑOS	$ 517,500,000.00	$ 98,325,000.00	$ 615,825,000.00
GESTIÓN PREDIAL (PREACTA)	$ -		$ -
GESTIÓN SOCIAL (PREACTA)	$ -		$ -
GESTIÓN AMBIENTAL (PREACTA)	$ -		$ -
VALOR TOTAL	$ 10,116,127,404.00	$ 168,468,816.00	$ 10,284,596,220.00

Estos conceptos deben corresponder a los relacionados en la propuesta económica aprobada.

NOTAS:
Es responsabilidad del Interventor realizar la comparación del formato con el reporte SIIF e incluir las aclaraciones pertinentes.

Firma
Nombre: **Julio César Gaona González**
Director de Obra
Matrícula No.: **15219-28264 BYC**

Firma
Nombre: **ELSA CAMPO LOPEZ**
Director de Interventoría
Matrícula No.: **19202-01710 CAU**

Original: Informe mensual de Interventoría. Archivo de Gestión del contrato (Subdirección Administrativa)
Copias: Interventor y Dirección Territorial.

ANEXO N°5
MEPI-MN1-IN-15-FR-10 ESTADO GENERAL DEL TIEMPO

INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS
PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE
MANUAL DE INTERVENTORÍA DE OBRA PÚBLICA
ESTADO GENERAL DEL TIEMPO

CÓDIGO	MEPI-MN1-IN-15-FR-10
VERSIÓN	1
PÁGINA	1 DE 1

FECHA: 5 DE MAYO DE 2023 (Día / Mes / Año)

UNIDAD EJECUTORA: GRUPO GERENCIA GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No: 1006 DE 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: may-22 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030".

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No: 990 DE 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO - 189

ESTADO GENERAL DEL TIEMPO

Clase de tiempo	DÍAS DEL MES																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
Seco	18	18	15	17	17	16	17	19	17	18	18	21	19	18	18	18	18	18	19	19	20	17	17	19	16	18	18	17	17	17	16	550
Lluvias moderadas	4	4	6	4	3	4	4	3	4	3	4		3	3	3	3	3	4	3	3	1	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	102
Lluvias intensas	2	2	3	3	4	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	4	4	2	4	3	2	4	4	4	4	92
Total horas	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	

EN CADA CASILLA SE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE HORAS POR DÍA QUE PERMANECE LA CLASE DE TIEMPO LAS 24 HORAS DEL DÍA.

NOTA:
De la plantaforma IDEAM se tiene el Registro pluviométrico periodo ABRIL 2023

OBSERVACIONES:

Firma
Nombre: VILMA HELENA SENDOYA CEDEÑO
Residente de Obra
Matrícula No.: 70202227909TLM

Carolina A. Martinez
Firma
Nombre: CAROLINA MARTINEZ
Residente de Interventoría
Matrícula No.:19202-264099

Original: Informe mensual de Interventoría. Archivo de Gestión del INVIAS.
Copias: Interventor, Dirección Territorial.

REPORTE PLUVIOMETRICO MES DE ABRIL 2023 IDEAM

CodigoEstacion	NombreEstacion	Latitud	Longitud	Altitud	Categoria	Entidad	AreaOperativa	Departamento	Municipio	Fecha Instalacion	IdParametro	Etiqueta	DescripcionSerie	Frecuencia	Fecha	Valor	Grado	NivelAprobacion
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	1/04/2023 7:00	0.5	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	2/04/2023 7:00	0.7	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	3/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	4/04/2023 7:00	4	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	5/04/2023 7:00	24.2	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	6/04/2023 7:00	10	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	7/04/2023 7:00	3.6	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	8/04/2023 7:00	0.5	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	9/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	10/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	11/04/2023 7:00	1	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	12/04/2023 7:00	3	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	13/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	14/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	15/04/2023 7:00	36	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	16/04/2023 7:00	41.5	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	17/04/2023 7:00	2	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	18/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	19/04/2023 7:00	12.8	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	20/04/2023 7:00	4.5	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	21/04/2023 7:00	58	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	22/04/2023 7:00	22.6	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	23/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	24/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	25/04/2023 7:00	19.1	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	26/04/2023 7:00	0	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	27/04/2023 7:00	1.6	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	28/04/2023 7:00	20	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	29/04/2023 7:00	3.8	50	900
26035030	AEROPUERTO G L VALENCIA [26035030]	24.528.888.890	-76.608.750	1752	ClimÃ¡tica Principal	INSTITUTO DE HIDROLOGIA METEOROLOGIA Y ESTUDIOS AMBIENTALES	Area Operativa 09 - Cauca-Valle-Caldas	Cauca	PopayÃ¡n	15/06/1941 0:00	PRECIPITACION	PTPM_CON	DÃ¡a pluviomÃ©trico (convencional)	Horaria	30/04/2023 7:00	0.5	50	900

ANEXO N°6
MEPI-MN1-IN-15-FR-11 RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO

	INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE MANUAL DE INTERVENTORÍA DE OBRA PÚBLICA RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO	CÓDIGO	MEPI-MN1-IN-15-FR-11
		VERSIÓN	1
		PAGINA	1 DE 23

FECHA 30/04/2023
(Día / Mes / Año)

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
1	25/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+430 a Km +530 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 1.9 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
2	25/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+430 a Km +530 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.3 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
3	25/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+430 a Km +530 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.6 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
4	25/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+430 a Km +530 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 4.1 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
5	26/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+530 a Km 1+630 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.1 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
6	26/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+530 a Km 1+630 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.1 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
7	26/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+530 a Km 1+630 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.1 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
8	26/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+530 a Km 1+630 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.3 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
9	27/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+630 a Km 1+730 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.3 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
10	27/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+630 a Km 1+730 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.4 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
11	27/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+630 a Km 1+730 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.4 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
12	27/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+630 a Km 1+730 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.5 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
13	28/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+730 a Km 1+830 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.8 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
14	28/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+730 a Km 1+830 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
15	28/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+730 a Km 1+830 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 4.8 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
16	28/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+730 a Km 1+830 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 4.3 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
17	30/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+830 a Km 1+930 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.3 Mpa a 4 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
18	30/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+830 a Km 1+930 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.8 Mpa a 4 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
19	30/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+830 a Km 1+930 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 5.3 Mpa a 11 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
20	30/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+830 a Km 1+930 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 4.5 Mpa a 11 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
21	31/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+930 a Km 2+030 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.2 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
22	31/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+930 a Km 2+030 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
23	31/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+930 a Km 2+030 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.8 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
24	31/03/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 1+930 a Km 2+030 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.1 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
25	2/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+030 a Km 2+130 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.11 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
26	2/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+030 a Km 2+130 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 2.5 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
27	2/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+030 a Km 2+130 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.1 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
28	2/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+030 a Km 2+130 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.3 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
29	4/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+130 a Km 2+230 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 5.7 Mpa a 6 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
30	4/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+130 a Km 2+230 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 4.6 Mpa a 6 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
31	4/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+130 a Km 2+230 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 5.4 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
32	4/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+130 a Km 2+230 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 6.6 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
33	12/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+230 a Km 2+330 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.6 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
34	12/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+230 a Km 2+330 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
35	12/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+230 a Km 2+330 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 4.8 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
36	12/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+230 a Km 2+330 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 4.5 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN									
37	14/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+330 a Km 2+430 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 1.9 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
38	14/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+330 a Km 2+430 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 1.6 Mpa a 3 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
39	14/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+330 a Km 2+430 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.4 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
40	14/04/2023	Estabilización Suelo-Cemento/Resistencia a la compresión	Art.351-INV-E 611-612-613-614	Km 2+330 a Km 2+430 MD	1	Resistencia de Diseño: 3Mpa a 7 días	Resistencia: 3.6 Mpa a 7 Días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
CUNETAS-ACCESOS									
DENSIDAD Y PESO UNITARIO DEL SUELO EN EL TERRENO POR EL MÉTODO DEL CONO Y ARENA									
41	1/04/2023	Suelo-Cemento/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+470 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 108 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
42	1/04/2023	Suelo-Cemento/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+510 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 99 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
43	1/04/2023	Suelo-Cemento/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+580 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 114 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
44	1/04/2023	Suelo-Cemento/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+620 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 105 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
45	5/04/2023	Sub-base Cunetas/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0+066 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 103 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
46	10/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+640 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 100.6 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
47	10/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+700 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 103.5 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
48	11/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0+189 a Km 0+205 MI	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 95.2 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
49	12/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+745 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 102.5 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
50	12/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+820 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 103.5 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
51	14/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+870 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 105 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
52	14/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+920 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 101.8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
53	15/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0+010 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 95 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
54	15/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0-060 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 95.8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
55	15/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+970 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 100.2 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
56	15/04/2023	Suelo/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+030 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 100.2 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
57	18/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+085 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 103 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
58	18/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+135 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 102.4 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
59	19/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0-085 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 95 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
60	19/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+180 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 105.3 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
61	19/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+230 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 102.7 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
62	19/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+280 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 101.8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
63	19/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+230 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 100 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
64	19/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+375 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 101 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
65	19/04/2023	Subbase/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 2+420 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 105.9 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
66	26/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+220 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 96.1 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
67	26/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+275 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 96 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
68	27/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0+460 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 95.1 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
69	27/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0+480 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 95.7 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
70	27/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 0+520 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 95 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
71	27/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+290 MD	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 96 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
72	29/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+285 IZQ	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 105,6 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
73	29/04/2023	Sub Base Cuneta/Densidad del suelo	INV-E 161	Km 1+330 IZQ	1	Compactación Mínima según la Norma: 95%	Compactación: 100,5 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN CILINDROS 3000PSI-4000PSI									
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE CILINDROS DE CONCRETO									
74	1/03/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0-120 a Km 0-180 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 3d: 11.3Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
75	1/03/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0-120 a Km 0-180 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 16.4Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
76	1/03/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0-120 a Km 0-180 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 24.4Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE CILINDROS DE CONCRETO									
77	11/03/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0+115 a Km 0+125 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 3d: 10.7Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
78	11/03/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0+115 a Km 0+125 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 14.5Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
79	11/03/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0+115 a Km 0+125 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 30Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE CILINDROS DE CONCRETO									
80	22/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 2+980 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 3d: 30.2Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE CILINDROS DE CONCRETO									
81	19/04/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0+100 a Km 0+075 MD	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 3d: 10.7Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
82	19/04/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0+100 a Km 0+075 MD	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 28.5Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE CILINDROS DE CONCRETO									
83	18/04/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0-020 a Km 0+010 MD	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 3d: 19.1Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
84	18/04/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Km 0-020 a Km 0+010 MD	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 20.8Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
ARENA-EL PALO									
GRANULOMETRIA									
85	27/03/2023	Arena/Granulometria	INV E - 123-213	El Palo	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
TERRONES DE ARCILLAS Y PARTÍCULAS DELEZNABLES									
86	27/03/2023	Arena/Terrones de Arcilla	INV E - 211	El Palo	1	Partículas Deleznables Máximo 1%	Partículas Deleznables Agregado Grueso= NA Agregado Fino= 1%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
PESO ESPECÍFICO Y ABSORCIÓN DE AGREGADOS									
87	27/03/2023	Arena/Peso Específico y Absorción de Agregados	INV E - 223	El Palo	1	Peso Específico y Absorción de Agregados	G Específica: 2.674 Gravedad Específica Bulk: 2.772 Gravedad Específica sss: 2.709 % de Absorción: 1.317	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
EQUIVALENTE DE ARENA									
88	27/03/2023	Arena/Equivalente de Arena	INV E - 133	El Palo	1	Equivalente de Arena: >60%	Equivalente de Arena: 92%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
89									
89	27/03/2023	Arena/Materia Orgánica	INV E - 235	El Palo	1	Tabla de colores N°815 ASTM C-40 con número de referencia orgánica del 1 al 5	Se considera que la muestra no contiene componentes orgánicos perjudiciales. (Color amarillo claro) Se identifica con el No 2	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
LÍMITES DE CONSISTENCIA									
90	27/03/2023	Arena/ Límites	INV E-125-126	El Palo	1	Índice de Plasticidad: NP	NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
MATERIAL QUE PASA EL TAMIZ NO.200									
9	27/03/2023	Arena/Pasa Tamiz No.200	INV E-214	El Palo	1	Máximo: 5%	Material Pasa Tamiz No.200: 4%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
PRUEBAS FISICO QUÍMICAS									
91	27/03/2023	Arena/Pruebas Fisico Químicas	INV E-221-233-158	El Palo	1	Partículas Livianas: máx 1.2% ContenidoSulfatos SO4: máx 0.5%	Partículas Livianas: 0.1% ContenidoSulfatos SO4: 0.28%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
PIEDRA FILTRO-CASTRILLÓN									
GRANULOMETRIA									
92	10/04/2023	Material para Filtros/Granulometría	INV E - 123-213	Cantera Castrillón	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	Ensayo realizado por CONTRATISTA OBRA
DESGASTE EN LA MÁQUINA DE LOS ÁNGELES									
93	10/04/2023	Material Para Filtros/Desgaste	INV E 218-219	Cantera Castrillón	1	Porcentaje de Desgaste <= 40%	Porcentaje de Desgaste: 32%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
TERRONES DE ARCILLAS Y PARTÍCULAS DELEZNABLES									
94	10/04/2023	Material Para Filtros/Terrones de Arcilla	INV E-211	Cantera Castrillón	1	Máximo: 0.25 %	0.03 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
PRUEBAS FISICO QUÍMICAS									
95	10/04/2023	Material Para Filtros/Pruebas Fisico Químicas	INV E-221-233-158	Cantera Castrillón	1	Partículas Livianas: máx 1% ContenidoSulfatos SO4: N.E.	Partículas Livianas: 0.3%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
SOLIDEZ EN SULFATO DE MAGNESIO									
96	10/04/2023	Material Para Filtros/Solidez	INV E-220	Cantera Castrillón	1	Máximo: 18 %	0.37 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
SUB BASE-CANTERA CASTRILLON									
GRANULOMETRÍA									
97	10/04/2023	Sub base/Granulometría	INV E - 123-213	Cantera Castrillón	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
DESGASTE EN LA MÁQUINA DE LOS ÁNGELES									
98	10/04/2023	Sub base/Desgaste	INV E - 218-219	Cantera Castrillón	1	Porcentaje de Desgaste <= 50%	Porcentaje de Desgaste= 24%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
EQUIVALENTE DE ARENA									
99	10/04/2023	Sub base/Equivalente de Arena	INV E - 133	Cantera Castrillón	1	Equivalente de Arena>=25%	Equivalente de Arena=46%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
TERRONES DE ARCILLAS Y PARTÍCULAS DELEZNABLES									
100	10/04/2023	Sub base/Terrones de Arcilla	INV E 211	Cantera Castrillón	1	Máximo: 2%	Agregado Grueso: 0.36% Agregado Fino: 1%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
LÍMITES DE CONSISTENCIA									
101	10/04/2023	Sub base/Límites	INV E - 218-219	Cantera Castrillón	1	Limite liquido: máx 25% Índice de plasticidad: máx 6%	Limite liquido: 17.6% Índice de plasticidad: 2.8%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
ENSAYO MODIFICADO DE COMPACTACIÓN									
102	10/04/2023	Sub base/Próctor	INV E - 142	Cantera Castrillón	1	% Humedad Óptima Densidad Máxima Gravedad Específica Ret 3/4"	% Humedad Óptima: 7.9% Densidad Máxima: 2.187 g/cm3 Gravedad Específica Ret 3/4": 2.617	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
PESO ESPECÍFICO Y ABSORCIÓN DE AGREGADOS									
103	10/04/2023	Sub base/Peso Específico y Absorción de Agregados	INV E - 223	Cantera Castrillón	1	Peso Específico y Absorción de Agregados	G Específica: 2.59 Gravedad Específica Bulk: 2.65 Gravedad Específica sss: 2.62 % de Absorción: 0.9	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
DESGASTE POR ABRASIÓN MICRODEVAL									
104	10/04/2023	Sub base/Desgaste Microdeval	INV E-238	Cantera Castrillón	1	Desgaste Máximo: 30%	Desgaste: 6.8%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
SOLIDEZ SULFATO DE SODIO									
105	10/04/2023	Sub base/Solidez Sulfato de Sodio	INV E_220	Cantera Castrillón	1	Máximo: 12 %	Solidez: 3.38%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
SOLIDEZ SULFATO DE MAGNESIO									
106	10/04/2023	Sub base/Solidez Sulfato de Magnesio	INV E_220	Cantera Castrillón	1	Máximo: 18 %	Solidez: 0.64%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
TRITURADO-CASTRILLÓN									
GRANULOMETRÍA									
107	10/04/2023	Triturado/Granulometría	INV E - 123-213	Cantera Castrillón	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
DESGASTE EN LA MÁQUINA DE LOS ÁNGELES									
108	10/04/2023	Triturado/Desgaste	INV E - 218-219	Cantera Castrillón	1	Porcentaje de Desgaste <= 40%	Porcentaje de Desgaste: 17%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
DESGASTE MICRODEVAL									
109	10/04/2023	Triturado/Desgaste	INV E 238	Cantera Castrillón	1	Desgaste: Máximo 25%	Desgaste: 5.9%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
PESO ESPECÍFICO Y ABSORCIÓN DE AGREGADOS									
110	10/04/2023	Triturado/Peso Específico y Absorción de Agregados	INV E - 223	Cantera Castrillón	1	Peso Específico y Absorción de Agregados	G Específica: 2.64 Gravedad Específica Bulk: 2.68 Gravedad Específica sss: 2.65 % de Absorción: 0.6	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
TERRONES DE ARCILLAS Y PARTÍCULAS DELEZNABLES									
111	10/04/2023	Triturado/Partículas deleznables	INV E-211	Cantera Castrillón	1	Máximo: 0.25 %	0.15 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
SOLIDEZ SULFATO DE SODIO									
112	10/04/2023	Triturado/Solidez Sulfato de Sodio	INV E-220	Cantera Castrillón	1	Máximo: 12 %	1.34 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
SOLIDEZ SULFATO DE MAGNESIO									
113	10/04/2023	Triturado/Solidez Sulfato de Magnesio	INV E-220	Cantera Castrillón	1	Máximo: 18 %	0.17 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
ÍNDICE DE APLANAMIENTO									
114	10/04/2023	Triturado/Aplanamiento	INV E-230	Cantera Castrillón	1	Máximo: 25 %	23%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
MEZCLAS ASFÁLTICAS-CARACTERIZACIÓN DE AGREGADOS									
GRANULOMETRÍA									
115	30/03/2023	Combinación agregado grueso y fino/Granulometría	INV E-213	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
116	31/03/2023	Combinación agregado grueso y fino/Granulometría	INV E-213	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
117	1/04/2023	Combinación agregado grueso y fino/Granulometría	INV E-213	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
118	3/04/2023	Combinación agregado grueso y fino/Granulometría	INV E-213	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
119	4/04/2023	Combinación agregado grueso y fino/Granulometría	INV E-213	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
120	10/04/2023	Combinación agregado grueso y fino/Granulometría	INV E-213	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
121	14/04/2023	Combinación agregado grueso y fino/Granulometría	INV E-213	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
EQUIVALENTE DE ARENA									
122	1/04/2023	Agregado fino/Equivalente de Arena	INV E-133	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Equivalente de Arena Mínimo para mezcla asfáltica: 50%	Equivalente de Arena: 55%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
123	10/04/2023	Agregado fino/Equivalente de Arena	INV E-133	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Equivalente de Arena Mínimo para mezcla asfáltica: 50%	Equivalente de Arena: 63%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
VALOR DE AZUL DE METILENO EN AGREGADOS FINOS Y LLENANTES MINERALES									
124	1/04/2023	Agregado fino/Azul de Metileno	INV E-235	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Valor de Azul de Metileno máximo para Mezcla Asfáltica: 10	Valor de Azul de Metileno: 2.7	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
LÍMITES DE CONSISTENCIA									
125	30/03/2023	Agregado fino/Límite Líquido y Límite Plástico	INV E-125-126	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Límite Líquido: NL Líite Plástico: NP	NL NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
126	31/03/2023	Agregado fino/Límite Líquido y Límite Plástico	INV E-125-126	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Límite Líquido: NL Líite Plástico: NP	NL NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
127	1/04/2023	Agregado fino/Límite Líquido y Límite Plástico	INV E-125-126	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Límite Líquido: NL Líite Plástico: NP	NL NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
128	3/04/2023	Agregado fino/Límite Líquido y Límite Plástico	INV E-125-126	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Límite Líquido: NL Líite Plástico: NP	NL NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
129	4/04/2023	Agregado fino/Límite Líquido y Límite Plástico	INV E-125-126	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Límite Líquido: NL Líite Plástico: NP	NL NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
130	10/04/2023	Agregado fino/Límite Líquido y Límite Plástico	INV E-125-126	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Límite Líquido: NL Líite Plástico: NP	NL NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
131	14/04/2023	Agregado fino/Límite Líquido y Límite Plástico	INV E-125-126	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Límite Líquido: NL Líite Plástico: NP	NL NP	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
DESGASTE EN LA MÁQUINA DE LOS ÁNGELES									
132	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Desgaste	INV E-218-219 ART.400	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Rodadura: <25%	Desgaste: 23%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
DESGASTE POR MICRODEVAL									
133	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Desgaste	INV E-238	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Rodadura: 20% máximo	Desgaste: 7.1%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
RESISTENCIA MECÁNICA DE LOS AGREGADOS POR EL 10% DE FINOS									
134	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Resistencia Mecánica	INV E-224	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Relación Húmedo/Seco: 75% mín	Relación Húmedo/Seco: 93%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
SOLIDEZ EN SULFATO DE MAGNESIO									
135	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Solidez Sulfato de Magnesio	INV E-220	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	% solidez máx: 18%	% solidez: 8.8%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
PORCENTAJE DE CARAS FRACTURADAS									
136	30/03/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Caras Fracturadas	INV E-227	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	una cara fracturada mín: 75% dos caras fracturadas mín: 60%	una cara fracturada: 94.9% dos caras fracturadas: 88.9%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
137	31/03/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Caras Fracturadas	INV E-227	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	una cara fracturada mín: 75% dos caras fracturadas mín: 60%	una cara fracturada: 89.3% dos caras fracturadas: 85.1%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
138	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Caras Fracturadas	INV E-227	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	una cara fracturada mín: 75% dos caras fracturadas mín: 60%	una cara fracturada: 89.3% dos caras fracturadas: 86%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
139	3/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Caras Fracturadas	INV E-227	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	una cara fracturada mín: 75% dos caras fracturadas mín: 60%	una cara fracturada: 95.4% dos caras fracturadas: 89.8%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
140	4/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Caras Fracturadas	INV E-227	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	una cara fracturada mín: 75% dos caras fracturadas mín: 60%	una cara fracturada: 90.3% dos caras fracturadas: 85.9%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
141	10/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Caras Fracturadas	INV E-227	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	una cara fracturada mín: 75% dos caras fracturadas mín: 60%	una cara fracturada: 91.5% dos caras fracturadas: 85.3%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
142	14/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Caras Fracturadas	INV E-227	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	una cara fracturada mín: 75% dos caras fracturadas mín: 60%	una cara fracturada: 93.1% dos caras fracturadas: 87.5%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
CONTENIDO DE IMPUREZAS									
143	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Impurezas	INV E-237	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Coeficiente de Limpieza Superficial máximo: 0.5%	Coeficiente de Limpieza Superficial: 0.42%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
144	10/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Impurezas	INV E-237	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Coeficiente de Limpieza Superficial máximo: 0.5%	Coeficiente de Limpieza Superficial: 0.41%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
PARTÍCULAS PLANAS Y ALARGADAS									
145	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Planas y Largas	INV E-240	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	% de Partículas Planas y Largas: <=10%	% de Partículas Planas y Largas: 0.9%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
146	10/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Planas y Largas	INV E-240	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	% de Partículas Planas y Largas: <=10%	% de Partículas Planas y Largas: 1.1%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
PORCENTAJE DE VACÍOS EN AGREGADOS									
147	30/03/2023	Agregado Fino para MDC-19/Vacíos en los agregados	INV E-239	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Vacíos Mínimo Rodadura: 45%	Vacíos Rodadura: 45.8%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
148	31/04/2023	Agregado Fino para MDC-19/Vacíos en los agregados	INV E-239	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Vacíos Mínimo Rodadura: 45%	Vacíos Rodadura: 45.7%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
149	1/04/2023	Agregado Fino para MDC-19/Vacíos en los agregados	INV E-239	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Vacíos Mínimo Rodadura: 45%	Vacíos Rodadura: 46.4%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
150	3/04/2023	Agregado Fino para MDC-19/Vacíos en los agregados	INV E-239	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Vacíos Mínimo Rodadura: 45%	Vacíos Rodadura: 45.8%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
151	4/04/2023	Agregado Fino para MDC-19/Vacíos en los agregados	INV E-239	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Vacíos Mínimo Rodadura: 45%	Vacíos Rodadura: 45.75%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
152	10/04/2023	Agregado Fino para MDC-19/Vacíos en los agregados	INV E-239	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Vacíos Mínimo Rodadura: 45%	Vacíos Rodadura: 46.65%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
153	14/04/2023	Agregado Fino para MDC-19/Vacíos en los agregados	INV E-239	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Vacíos Mínimo Rodadura: 45%	Vacíos Rodadura: 46.35%	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
GRAVEDAD ESPECÍFICA Y ABSORCIÓN									
154	1/04/2023	Agregado Grueso para MDC-19/Gravedad Específica y Absorción	INV E-223	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Peso Específico y Absorción de Agregados	G Específica: 2.600 Gravedad Específica Bulk: 2.660 Gravedad Específica sss: 2.620 % de Absorción: 0.9	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
155	1/04/2023	Agregado Fino para MDC-19/Gravedad Específica y Absorción	INV E-223	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Peso Específico y Absorción de Agregados	G Específica: 2.590 Gravedad Específica Bulk: 2.610 Gravedad Específica sss: 2.600 % de Absorción: 0.3	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
GRAVEDAD ESPECÍFICA DE LAS PARTÍCULAS SÓLIDAS Y LLENANTE MINERAL									
156	1/04/2023	Material Fino Pasa 200/Llenante Mineral	INV E-128	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Gravedad Específica	2.635	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
CALIDAD DE LA MDC-19									
EXTRACCIÓN									
157	30/03/2023	MDC 19/Extracción	INV E - 732	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	óptimo: 5 +- 0.3 %	Asfalto Residual: 4,8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
158	31/03/2023	MDC 19/Extracción	INV E - 732	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	óptimo: 5 +- 0.3 %	Asfalto Residual: 4,8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
159	3/04/2023	MDC 19/Extracción	INV E - 732	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	óptimo: 5 +- 0.3 %	Asfalto Residual: 4,8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
160	4/04/2023	MDC 19/Extracción	INV E - 732	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	óptimo: 5 +- 0.3 %	Asfalto Residual: 4,8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
161	14/04/2023	MDC 19/Extracción	INV E - 732	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	óptimo: 5 +- 0.3 %	Asfalto Residual: 4,8 %	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
GRADACIÓN LUEGO DE LA EXTRACCIÓN									
162	30/03/2023	Análisis granulométrico de los agregados extraídos de mezclas asfálticas/Gradación	INV E - 782	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica según Art. 320.2 -13	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
163	31/03/2023	Análisis granulométrico de los agregados extraídos de mezclas asfálticas/Gradación	INV E - 782	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica según Art. 320.2 -13	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
164	3/04/2023	Análisis granulométrico de los agregados extraídos de mezclas asfálticas/Gradación	INV E - 782	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica según Art. 320.2 -13	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
165	4/04/2023	Análisis granulométrico de los agregados extraídos de mezclas asfálticas/Gradación	INV E - 782	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica según Art. 320.2 -13	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
166	14/04/2023	Análisis granulométrico de los agregados extraídos de mezclas asfálticas/Gradación	INV E - 782	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Banda granulométrica según Art. 320.2 -13	Curva granulometrica entre bandas	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
ESTABILIDAD Y FLUJO									
167	30/03/2023	Estabilidad y flujo de mezclas asfálticas en caliente empleando el aparato marshall	INV E - 748	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Estabilidad mínima: 9000N Flujo: 2 - 3,5 mm	16004N 3,3 mm	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
168	31/03/2023	Estabilidad y flujo de mezclas asfálticas en caliente empleando el aparato marshall	INV E - 748	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Estabilidad mínima: 9000N Flujo: 2 - 3,5 mm	14768N 3,3 mm	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
169	3/04/2023	Estabilidad y flujo de mezclas asfálticas en caliente empleando el aparato marshall	INV E - 748	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Estabilidad mínima: 9000N Flujo: 2 - 3,5 mm	15327N 3,2 mm	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
170	4/04/2023	Estabilidad y flujo de mezclas asfálticas en caliente empleando el aparato marshall	INV E - 748	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Estabilidad mínima: 9000N Flujo: 2 - 3,5 mm	14925N 3 mm	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
171	14/04/2023	Estabilidad y flujo de mezclas asfálticas en caliente empleando el aparato marshall	INV E - 748	Planta Popayán Ingeniería de Vías	1	Estabilidad mínima: 9000N Flujo: 2 - 3,5 mm	15268N 3,3 mm	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL PROOVEDOR
RESULTADOS DE RESISTENCIAS A LA FLEXIÓN CONCRETOS MR-42 ACELERADO A 7 DÍAS									
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
172	28/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+203.30 a Km 1+280.50 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia de Diseño: 4.58 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
173	28/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+203.30 a Km 1+280.50 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.63 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
174	28/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+203.30 a Km 1+280.50 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.80 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
175	28/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+203.30 a Km 1+280.50 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.89 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
176	30/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+280.50 a Km 1+328.02 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 3.87 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
177	30/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+280.50 a Km 1+328.02 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.29 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
178	30/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+280.50 a Km 1+328.02 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.44 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
179	30/03/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+280.50 a Km 1+328.02 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.47 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
179	1/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+328.02 a Km 1+409.70 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.11 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
180	1/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+328.02 a Km 1+409.70 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.78 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
181	1/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+328.02 a Km 1+409.70 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.93 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
182	1/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+328.02 a Km 1+409.70 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.98 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
183	4/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+409.70 a Km 1+508.58 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 3.89 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
184	4/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+409.70 a Km 1+508.58 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.10 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
185	4/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+409.70 a Km 1+508.58 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.44 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
186	4/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+409.70 a Km 1+508.58 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.36 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
187	11/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+512.88 a Km 607.47 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.50 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
188	11/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+512.88 a Km 607.47 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.51 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
189	11/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+512.88 a Km 607.47 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 5.24 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
190	11/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+512.88 a Km 607.47 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 5.82 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
191	14/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+607.47 a Km 1+659.07 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 3.36 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
192	14/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+607.47 a Km 1+659.07 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 5.40 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
193	14/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+607.47 a Km 1+659.07 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 5.51 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
194	14/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+607.47 a Km 1+659.07 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 5.39 Mpa a 10 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
195	18/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+697.94 a Km 1+770.99 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
196	18/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+697.94 a Km 1+770.99 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.36 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
197	20/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+770.99 a Km 1+856.99 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 3.78 Mpa a 3 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
198	20/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+770.99 a Km 1+856.99 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 5.62 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
RESISTENCIA A LA FLEXIÓN									
199	16/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+659.07 a Km 1+697.95 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 4.70 Mpa a 4 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
200	16/04/2023	Pavimento Rígido MR-42/Resistencia a la flexión	INV E - 414	Km 1+659.07 a Km 1+697.95 MD	1	Resistencia de Diseño: 4.2Mpa a 7 días	Resistencia: 3.80 Mpa a 7 días	SI	ENSAYO REALIZADO POR EL CONTRATISTA
ENSAYOS INTERVENTORIA									
RESISTENCIA A LA COMPRESION									
1	3/04/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Acceso Motel K0+080 MD	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 14,9Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
2	3/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 15,6Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
3	4/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Caja poceta encole de alcantarilla k2+375 MD	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 24,8Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
4	4/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 23,4Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
5	14/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Tuberia 36"	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 24,4Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
6	14/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 23,5Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
7	19/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Tuberia 36"	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 22,1Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
8	19/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 21,5Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
9	30/03/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	CUNETA K0+295 A K0+380MD K-0+090MD, ACCESO MOTEL CLARO LUNA K-0+070MI.DESCOLE CANAL Y PARTE CANAL INICIAL	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 10,1Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
10	20/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 16,9Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
11	20/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 16,2Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
12	30/03/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	ALCANTARILLA K3+100 MI ALETA CABEZAL DE DESCOLE	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 23,1Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
13	20/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 30,0Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
14	20/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 30,7Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
15	1/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	PR54+100 - PR83+000	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 14,2Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
16	22/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 18Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
17	22/04/2023				1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 28d: 17,8Mpa	NO	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA, NO ALCANZA RESISTENCIA
18	19/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	Tuberia 36"	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 26,6Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
19	24/04/2023	Concreto 3000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	LOSA PISO CANAL DISIPADOR K4+310 M	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 21Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 19,6Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
20	24/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	ALCANTARILLA CAJA POCETA DE ENCOLE K4+210 MD ALCANTARILLA CAJA POCETA DE ENCOLE K4+175 MI	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 29,4Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
21	27/04/2023	Concreto 4000psi/Resistencia a la compresión	INV E 410	MUESTRA#4 TUBOS DE 36"	1	Resistencia a la compresión a los 28d: 28Mpa	Resistencia a la compresión a los 7d: 26,5Mpa	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
RESISTENCIA A LA FLEXION									
22	29/03/2023	Resistencia a la flexión	INV E - 414	M#7 K0+067.61 A K-0+200.91 MD	1	Resistencia de Diseño Mpa a 28 días	5,01	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
23	29/03/2023				1	Resistencia de Diseño Mpa a 28 días	4,66	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
24	4/04/2023	Resistencia a la flexión	INV E - 414	M#13 K0+373.02 A K0+441 MD	1	Resistencia de Diseño Mpa a 28 días	4,82	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
25	4/04/2023				1	Resistencia de Diseño Mpa a 28 días	4,74	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
26	25/04/2023	Resistencia a la flexión	INV E - 414	K1+697.94/ 770.96 MD	1	Resistencia de Diseño Mpa a 7 días	4,13	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA
RESISTENCIA NUCLEOS SUELO CEMENTO									
27	30/03/2023	Resistencia a la Compresión	INV E - 410	K1+630 - k1+730 Der	1	Resistencia de Diseño 3 Mpa a 7 días	2,5	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA. Edad 3 días
28	30/03/2023				1	Resistencia de Diseño 3 Mpa a 7 días	2,8	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA. Edad 3 días

	INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS PROCESO MISIONAL EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE MANUAL DE INTERVENTORÍA DE OBRA PÚBLICA RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO	CÓDIGO	MEPI-MN1-IN-15-FR-11
		VERSIÓN	1
		PAGINA	23 DE 23

FECHA 30/04/2023
(Día / Mes / Año)

UNIDAD EJECUTORA: SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN DE CARRETERAS NACIONALES GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 1 **DIRECCIÓN TERRITORIAL:** CAUCA

CONTRATO DE OBRA No.: 1006 de 2021 **CONTRATISTA:** CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: abr-23 **PROYECTO:** MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL, AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ (SOLUCIÓN SOSTENIBLE PARQUE NATURAL PURACÉ), DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y HUILA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 990 de 2021 **INTERVENTOR:** CONSORCIO ICAYECO 189

RESUMEN ENSAYOS DE LABORATORIO EJECUTADOS EN EL PRESENTE MES

No. Consecutivo del Ensayo	Fecha del Ensayo (Día/Mes/Año)	Descripción/Ensayo	Norma	Procedencia (Sitio donde se tomo la muestra)	No. De Muestras	Rango Cumplimiento del Ensayo	Resultado del Ensayo	Cumple SI o NO	Observación / Acciones
29	3/04/2023	Resistencia a la Compresión	INV E - 414	K1+630 - k1+730 Der	1	Resistencia de Diseño 3 Mpa a 7 días	4,0	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA. Edad 7 días
30	3/04/2023				1	Resistencia de Diseño 3 Mpa a 7 días	3,5	SI	ENSAYO REALIZADO POR LA INTERVENTORIA. Edad 7 días

NOTAS:
1. La columna "No. Consecutivo del Ensayo" corresponde a un número consecutivo único que identifica cada resultado obtenido de laboratorio o prueba de campo.
2. Es responsabilidad del Interventor verificar el cumplimiento en la realización del número de ensayos requeridos en el periodo y el cumplimiento de las especificaciones generales y particulares de contrucción y normas de ensayo.
3. Cuando el resultado del ensayo de laboratorio no cumple, el Interventor debe diligenciar en la columna "Observaciones" el procedimiento utilizado para subsanar la no conformidad y generar los reportes con los resultados de laboratorio que evidencien la corrección de la no conformidad.
4. Ningún reporte de laboratorio se puede presentar con enmendaduras.
5. Los laboratorios que se usen para los ensayos deben estar certificados según las normas ISO (International Organization for Standardization) vigentes que apliquen y los equipos de laboratorio que se utilicen deben estar debidamente calibrados. Certificaciones y calibraciones que deben
6. El interventor debe presentar este formato diligenciando los resultados de laboratorio de los ensayos realizados durante el periodo del informe tanto por el contratista como por la interventoría de forma separada, anexando en medio digital los resultados de laboratorio que los soportan.

Firma
Nombre: **JULIO CESAR GAONA**
Director de Obra
Matrícula No.: 152192-8264 BYC

Firma
Nombre: Nancy Yeni Hernandez Bastidas
Profesional Calidad Obra
Matrícula No.: 52228239046 NRÑ

Firma
Nombre: **ELSA CAMPO LOPEZ**
Director de Interventoría
Matrícula No.: 19202-01710 CAU

Firma
Nombre: ELIANA RODRIGUEZ
Profesional Calidad Interventoria
Matrícula No.: 25202 83423 CND

Original: Informe mensual de Interventoría. Archivo de Gestión del INVIAS.
Copias: Interventor, Dirección Territorial.

Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-24 **ODS:** 912

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)
SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO
INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189
CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064
S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064
FECHA RECEPCIÓN: 2023-04-12 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre	Longitud total (cm)	Ancho (cm)	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm)	Altura promedio d (mm)	Carga		Modulo Rotura		Detalle obra
N°	N°						b		d		KN	N	Mpa	kg/cm²	
354	117	11-abr	15-abr	4	45.0	55.0	15.2 15.6 15.0	152.7	15.2 15.2 15.2	152.0	23.5	23500	4.50	45.9	K1+512.88 A K1+607.47 MD
355	118	11-abr	18-abr	7	45.0	55.0	15.0 15.2 15.0	150.7	15.4 15.5 15.4	154.3	24.0	24000	4.51	46.1	
356	119	11-abr	21-abr	10	45.0	55.2	15.0 15.4 15.0	151.3	15.3 15.2 15.3	152.7	27.4	27400	5.24	53.5	
357	120	11-abr	21-abr	10	45.0	55.0	15.3 15.3 15.2	152.7	15.2 15.1 15.2	151.7	30.3	30300	5.82	59.5	

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró | **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S
FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

Elaboró:	Revisó:	
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	**www.citecsas.com** gerenciacomercialcitec@gmail.com **Telefono**: 6028366256 **Movil**: 301 6018569 - 301 3368684

Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-24 **ODS:** 925

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)

SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO

INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189

CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

FECHA RECEPCIÓN: 2023-04-15 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre	Longitud total (cm)	Ancho (cm)	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm)	Altura promedio d (mm)	Carga		Modulo Rotura		Detalle obra
N°	N°						b		d		KN	N	Mpa	kg/cm²	
362	121	14-abr	18-abr	4	45.0	55.2	15.1 15.3 15.1	151.7	15.1 15.1 15.2	151.3	17.3	17300	3.36	34.3	K1+607.47 A K1+659.07 MD
363	122	14-abr	21-abr	7	45.0	55.0	15.1 15.1 15.1	151.0	15.0 15.2 15.4	152.0	27.9	27900	5.40	55.1	
364	123	14-abr	24-abr	10	45.0	54.7	15.1 15.0 15.1	150.7	15.5 15.5 15.0	153.3	28.9	28900	5.51	56.2	
365	124	14-abr	24-abr	10	45.0	55.0	15.1 15.0 15.0	150.3	15.1 15.4 15.3	152.7	28.0	28000	5.39	55.1	

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

Elaboró:	Revisó:	
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	**www.citecsas.com** gerenciacomercialcitec@gmail.com **Telefono**: 6028366256 **Movil**: 301 6018569 - 301 3368684

Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-26 **ODS:** 936

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)

SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO

INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189

CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

FECHA RECEPCIÓN: 2023-04-19 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre	Longitud total (cm)	Ancho (cm)	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm)	Altura promedio d (mm)	Carga		Modulo Rotura		Detalle obra
N°	N°						b		d		KN	N	Mpa	kg/cm²	
378	125	18-abr	22-abr	4	45.0	55.0	15.0 15.0 15.0	150.0	15.0 15.5 15.4	153.0	20.8	20800	4.00	40.8	
379	126	18-abr	25-abr	7	45.0	55.0	15.1 15.2 15.1	151.3	15.0 15.1 15.1	150.7	22.2	22200	4.36	44.5	K1+697.94 A K1+770.99 MD
380	127	18-abr	28-abr	10	45.0										
381	128	18-abr	28-abr	10	45.0										

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró | **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

Elaboró:	Revisó:	
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	**www.citecsas.com** gerenciacomercialcitec@gmail.com **Telefono**: 6028366256 **Movil**: 301 6018569 - 301 3368684

Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-28 **ODS:** 946

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)

SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO

INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189

CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

FECHA RECEPCIÓN: 2023-04-21 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre	Longitud total (cm)	Ancho (cm) b	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm) d	Altura promedio d (mm)	Carga KN	Carga N	Modulo Rotura Mpa	Modulo Rotura kg/cm²	Detalle obra
N°	N°														
382	129	20-abr	24-abr	4	45.0	55.1	15.1 15.1 15.1	151.0	15.5 15.7 15.4	155.3	20.4	20400	3.78	38.6	
383	130	20-abr	27-abr	7	45.0	55.2	15.0 15.0 15.0	150.0	15.1 15.5 15.8	154.7	29.9	29900	5.62	57.4	K1+770.99 A K1+856.99 MD
384	131	20-abr	30-abr	10	45.0										
385	132	20-abr	30-abr	10	45.0										

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

Elaboró:	Revisó:	
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	**www.citecsas.com** gerenciacomercialcitec@gmail.com **Telefono**: 6028366256 **Movil**: 301 6018569 - 301 3368684

	INFORME DE RESULTADOS DE RECISTENCIA A LA FREXION DE VIGUETAS DE CONCRETO METODO DE LA VIGA SIMPLE CARGADA EN LOS TERCIOS DE LA LUZ NORMA I.N.V E- 414- 13	**PRL21** Revisión: 0.0 1-jun-21

Proyecto: MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DEL CORREDOR DEL PALETARÁ — **Fecha :** **16 de abril de 2023**

Empresa: CONSORCIO SAN SEBASTIAN 064 — **Tramo:** **Km**

Fuente: GEOACOPIO — **Margen:** DERECHA

Viga No.	Tipo de obra	Localización	Fecha de Toma	Fecha de Rotura	Edad días	Long. mm	Altura mm	Base mm	Luz Libre mm	Area seccion mm^2	Asent. Pulg	Resistencia nominal Mpa	Carga Máxima kN	Resistencia				Tipo de falla	Subcontratista
														Kg/cm^2	MPa kN/m^2	%			
V-001A	LOSAS DE CONCRETO MR-42	PR 1+659,07 al 1 +697.94 M DER	16-abr.-23	23-abr.-23	4	550.0	150.0	150.0	500.00	75,000.00	5.0	4.2	38.3	47.90	4.70	111.90	OK		
V-001B	LOSAS DE CONCRETO MR-42	PR 1+659,07 al 1 +697.94 M DER	16-abr.-23	23-abr.-23	7	550.0	150.0	150.0	500.00	75,000.00	5.0	4.2	32.4	38.73	3.80	90.48	OK		
V-001C																			
V-001D																			

FORMA DE FALLAR

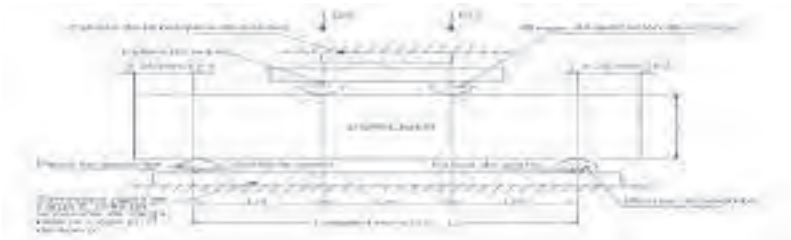


Diagrama de un equipo para el ensayo de flexión del concreto usando una viga simplemente apoyada, cargada en los tercios de la luz libre

CÁLCULOS

Si la fractura se inicia en la zona de tensión, dentro del tercio de la luz libre, el módulo de rotura se calcula con la ecuación:

$$R = \frac{PL}{bd^2}$$

Si la fractura ocurre en la zona de tensión, fuere del tercio medio de la luz libre, pero a una distancia no mayor a 5% de la luz libre, el módulo de rotura se calcula con la ecuación:

$$R = \frac{3Pa}{bd^2}$$

Donde

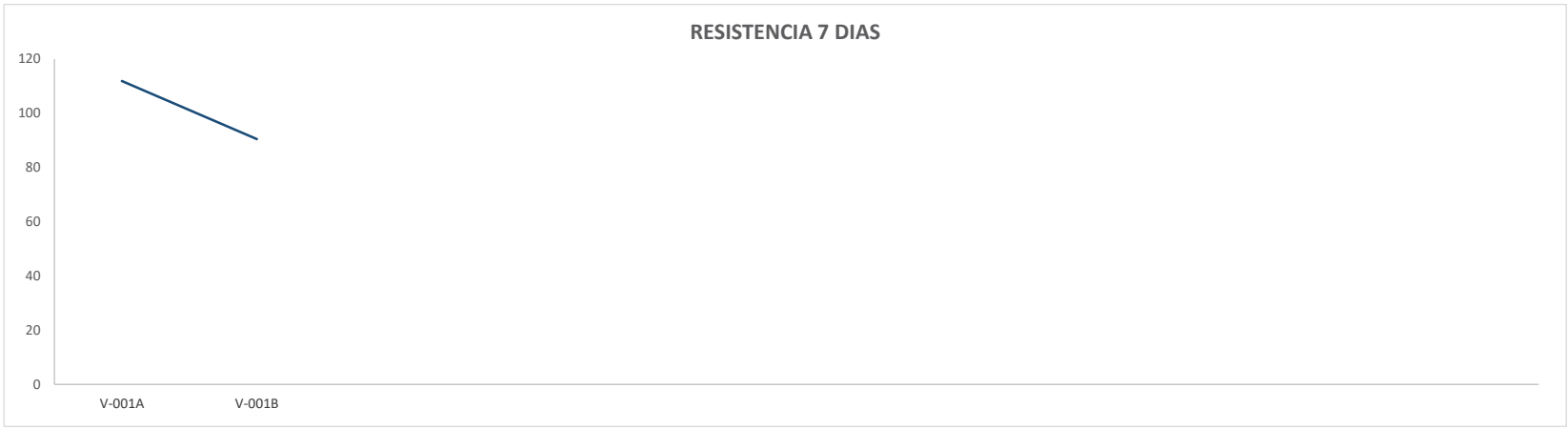
- R: Módulo de rotura, MPa (lb/pg^2)
- P: Carga máxima aplicada indicada por la máquina de ensayo, N (lbf)
- L: Luz libre entre apoyos, mm (pg)
- b: Ancho promedio del espécimen en el sitio de la fractura, mm (pg)
- d: Altura promedio de la muestra en el sitio de la fractura, mm (pg)
- a: Distancia entre la línea de fractura y el soporte más cercano, medida sobre la superficie de tensión de la viga, mm (pg)

Elaboro

Vo.Bo. Residente de Calidad

406

TECNICAS ESTADISTICAS DEL CONCRETO





Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-11 **ODS:** 873

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)

SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO

INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189

CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

FECHA RECEPCIÓN: 2023-03-29 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre (cm)	Longitud total (cm)	Ancho (cm)	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm)	Altura promedio d (mm)	Carga		Modulo Rotura		Detalle obra
N°	N°						b		d		KN	N	Mpa	kg/cm²	
323	97	28-mar	1-abr	4	45.0	53.3	15.4 15.5 15.2	153.7	15.2 15.4 15.4	153.3	24.5	24500	4.58	46.7	K1+203.30 A K1+280.50 MD
324	98	28-mar	4-abr	7	45.0	55.0	15.0 15.2 15.2	151.3	15.2 15.2 15.1	151.7	23.9	23900	4.63	47.3	
325	99	28-mar	7-abr	10	45.0	55.0	15.0 15.1 15.0	150.3	15.0 15.2 15.1	151.0	24.4	24400	4.80	49.1	
326	100	28-mar	7-abr	10	45.0	55.0	15.0 15.3 15.2	151.7	15.2 15.2 15.2	152.0	25.4	25400	4.89	50.0	

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

Elaboró:	Revisó:	
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	**www.citecsas.com** gerenciacomercialcitec@gmail.com **Telefono**: 6028366256 **Movil**: 301 6018569 - 301 3368684

Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-11 **ODS:** 881

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)

SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO

INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189

CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

FECHA RECEPCIÓN: 2023-03-31 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre	Longitud total (cm)	Ancho (cm)	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm)	Altura promedio d (mm)	Carga		Modulo Rotura		Detalle obra
N°	N°						b		d		KN	N	Mpa	kg/cm²	
327	101	30-mar	3-abr	4	45.0	55.0	15.1 15.2 15.2	151.7	15.2 15.3 15.2	152.3	20.2	20200	3.87	39.6	K1+280.50 A K1+328.02 MD
328	102	30-mar	6-abr	7	45.0	55.2	15.0 15.1 15.1	150.7	15.2 15.3 15.2	152.3	22.2	22200	4.29	43.8	
329	103	30-mar	9-abr	10	45.0	55.0	15.1 15.2 15.1	151.3	15.2 15.5 15.4	153.7	23.5	23500	4.44	45.3	
330	104	30-mar	9-abr	10	45.0	55.0	15.0 15.5 15.2	152.3	15.2 15.5 15.5	154.0	23.9	23900	4.47	45.6	

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró | **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

Elaboró:	Revisó:	
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	**www.citecsas.com** gerenciacomercialcitec@gmail.com **Telefono**: 6028366256 **Movil**: 301 6018569 - 301 3368684

Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-12 **ODS:** 890

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)

SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO

INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189

CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

FECHA RECEPCIÓN: 2023-04-03 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre	Longitud total (cm)	Ancho (cm) b	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm) d	Altura promedio d (mm)	Carga KN	Carga N	Modulo Rotura Mpa	Modulo Rotura kg/cm²	Detalle obra
N°	N°														
335	105	1-abr	5-abr	4	45.0	55.0	15.2 15.6 15.2	153.3	15.1 15.2 15.2	151.7	21.5	21500	4.11	42.0	
336	106	1-abr	8-abr	7	45.0	55.0	15.1 15.2 15.2	151.7	15.0 15.1 15.1	150.7	24.4	24400	4.78	48.8	
337	107	1-abr	11-abr	10	45.0	55.0	15.2 15.2 15.2	152.0	15.0 15.2 15.0	150.7	25.2	25200	4.93	50.3	K1+328.02 A K1+409.70 MD
338	108	1-abr	11-abr	10	45.0	55.2	15.0 15.1 15.2	151.0	15.1 15.5 15.5	153.7	26.3	26300	4.98	50.8	

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró | **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

Elaboró:	Revisó:	www.citecsas.com gerenciacomercialcitec@gmail.com Telefono: 6028366256 Movil: 301 6018569 - 301 3368684
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	

Citec S.A.S. Ingeniería y Geotecnia	REGISTRO DE RESISTENCIA A LA FLEXION DE VIGAS DE CONCRETO	Código:	GT-CE20
		Versión:	0
NORMAS DE REFERENCIA:	INV. E-414, E-415		

FECHA INFORME: 2023-04-14 **ODS:** 897

O B R A : CORREDOR DEL PALETARA (SOLUCION SOSTENIBLE PARQUE NACIONAL NATURAL PURACE)

SECTOR : VIA PALETARÁ-COCONUCO

INTERVENTOR: CONSORCIO ICAYECO 189

CONSTRUCTOR: CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

S O L I C I T Ó : CONSOCRIO SAN SEBASTIAN 064

FECHA RECEPCIÓN: 2023-04-05 **HOJA:** 1 DE 1

PROVEEDOR:	GEOACOPIO
MODULO DE ROTURA (MR) (kg/cm²)	42
ESTRUCUTRAS	VARIAS
MÉTODO DE ENSAYO	TRES APOYOS

Ref.	Muestra	fecha fundición	fecha rotura	Edad días	Longitud luz libre	Longitud total (cm)	Ancho (cm)	Ancho promedio b (mm)	Altura (cm)	Altura promedio d (mm)	Carga		Modulo Rotura		Detalle obra
N°	N°	n					b		d		KN	N	Mpa	kg/cm²	
346	113	4-abr	8-abr	4	45.0	55.0	15.0 15.0 15.0	150.0	15.3 15.5 15.2	153.3	20.3	20300	3.89	39.7	K1+409.70 A K1+508.58 MD
347	114	4-abr	11-abr	7	45.0	54.8	15.0 15.2 15.0	150.7	15.1 15.5 15.5	153.7	21.6	21600	4.10	41.8	
348	115	4-abr	14-abr	10	45.0	55.0	15.2 15.0 15.4	152.0	15.5 15.3 15.5	154.3	23.8	23800	4.44	45.3	
349	116	4-abr	14-abr	10	45.0	55.2	15.1 15.2 15.1	151.3	15.3 15.5 15.3	153.7	23.1	23100	4.36	44.5	

OBSERVACIONES: MUESTRAS TOMADAS POR PERSONAL DE CITEC S.A.S

Elaboró | **Revisó y Aprobó**

CERTIFICADO DE CALIBRACION N°: F - 894 EXPEDIDO POR: SIMIM METROLOGIA S.A.S

FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-feb-2021 VIGENCIA: 11-feb-2023

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO APLICAN ÚNICAMENTE A LA MUESTRA INGRESADA Y PROCESADA EN LABORATORIO ESTA PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN LA AUTORIZACIÓN DEL INGENIERO DE CALIDAD DE CITEC S.A.S.

Dirección Citec S.A.S: Diag 26 # 26-58 B/ Yanaconas, Popayán, Tel:836-6256, Celular: 301-601-8569

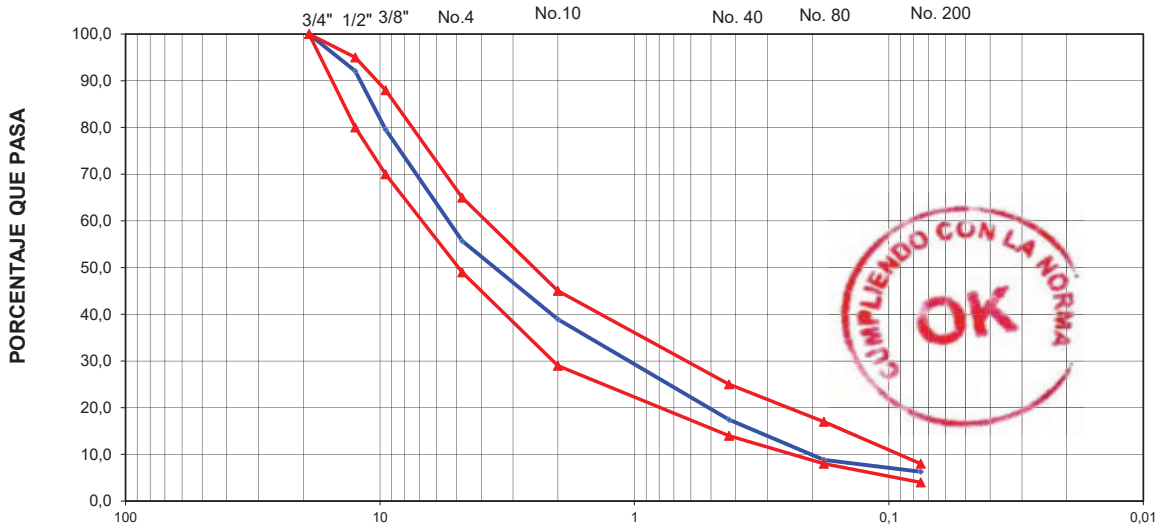
Elaboró:	Revisó:	www.citecsas.com gerenciacomercialcitec@gmail.com Telefono: 6028366256 Movil: 301 6018569 - 301 3368684
Geot. Luis Carlos Ponce	Ing. Hugo Daza Delgado	

	ANALISIS GRANULOMETRICO DE LOS AGREGADOS GRUESOS Y FINOS **NORMA I.N.V. E - 213 / 13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: COMBINACION DE AGREGADO GRUESO Y FINO **FECHA:** 1/04/2023

GRADACIÓN					
P1=	1.567,8	**P2=**	1.478,5	**NORMA (%)**	
Tamiz	Peso Retenido	% Retenido	**% Pasa**	**MIN.**	**MAX.**
1"	0,0	0,0	**100,0**	**100**	**100**
3/4"	0,0	0,0	**100,0**	**100**	**100**
1/2"	124,0	7,9	**92,1**	**80**	**95**
3/8"	196,6	12,5	**79,6**	**70**	**88**
No. 4	374,1	23,9	**55,7**	**49**	**65**
No. 10	262,5	16,7	**38,9**	**29**	**45**
No. 40	337,0	21,5	**17,5**	**14**	**25**
No. 80	135,0	8,6	**8,8**	**8**	**17**
No. 200	40,0	2,6	**6,3**	**4**	**8**
Pasa 200	99,2	6,3			

TAMICES



OBSERVACIONES: MATERIAL NO PLASTICO NP

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERÍA DE VÍAS SAS	**ENSAYO DE EQUIVALENTE DE ARENA** **INV E - 133-13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: AGREGADO FINO PARA MDC-19 **FECHA:** 1-abr-23

ENSAYO No.		1			2		
PROBETA		1	2	3	1	2	3
LECTURA ARCILLA	(mm)	138,0	136,0	137,0			
LECTURA ARENA	(mm)	75,0	74,0	75,0			
EQUIVALENTE DE ARENA	(%)	55,0	55,0	55,0			
PROMEDIO	(%)	55,0					

ESPECIFICACION INVIAS 2013	SUB-BASE	**25% MÍNIMO**
	BASE GRANULAR	**30% MÍNIMO**
	MEZCLA ASFÁLTICA	**50% MÍNIMO**



OBSERVACIONES:

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

	VALOR DE AZUL DE METILENO EN AGREGADOS FINOS Y EN LLENANTES MINERALES INV E 235-13	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN

LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN

PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS

DESCRIPCIÓN: AGREGADO FINO PARA MDC-19 **FECHA :** 1-abr-23

MATERIAL PASA No.4

PRUEBA No.		**1**
M1	Masa de la muestra de Ensayo, g	200
V1	Voumen añadido de la solución colorante, ml	40
VA	Valor de azul de metileno	**2,0**

MATERIAL PASA No.200

PRUEBA No.		**1**
M1	Masa de la muestra de Ensayo, g	30
V1	Voumen añadido de la solución colorante, ml	8
VA	Valor de azul de metileno	**2,7**

ESPECIFICACIÓN INVIAS 2013	BASE GRANULAR	**10 MAXIMO**
	MEZCLA ASFÁLTICA	**10 MAXIMO**
	ARENA CONCRETOS	**5 MAXIMO**

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

OBSERVACIONES:

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

LIMITE LIQUIDO Y LIMITE PLASTICO

INV-E 125 - 126-13

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN

LOCALIZACION: PLANTA POPAYAN

PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS

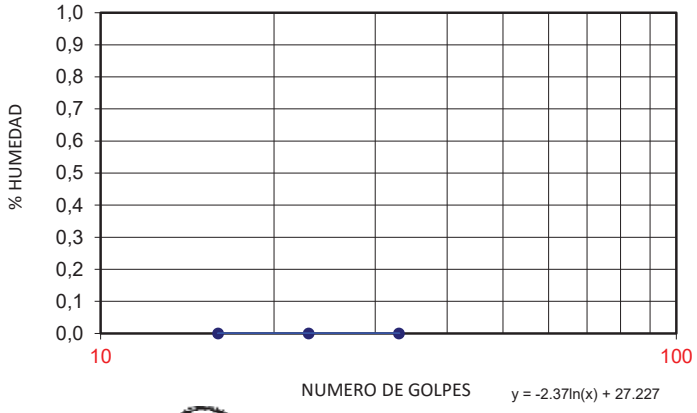
DESCRIPCIÓN: AGREGADO FINO PARA MDC-19 **FECHA:** 1-abr-2023

	LIMITE LIQUIDO			LIMITE PLÁSTICO		HUMEDAD NATURAL
No. GOLPES						
CAPSULA No.						
PESO CAPSULA + SUELO HUMEDO g						
PESO CAPSULA + SUELO SECO g						
PESO DE LA CAPSULA gr.						
PESO DEL AGUA gr.						
PESO DEL SUELO SECO gr.						
CONTENIDO DE HUMEDAD %						

NL

NP

LIMITE LIQUIDO



LIMITE LIQUIDO =

LIMITE PLÁSTICO =

INDICE DE PLASTICIDAD =

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

OBSERVACIONES:

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERÍA DE VÍAS SAS	**RESISTENCIA AL DESGASTE DE AGREGADOS GRUESOS POR MEDIO DE LA MAQUINA DE LOS ANGELES** **INV-E-218-219-13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCION: AGREGADO GRUESO PARA MDC-19 **FECHA :** 1-abr-23

PRUEBA No.	1	2	3	4
Gradación usada	B	B		
No. de Esferas	11	11		
No. de Revoluciones	100	500		
P1 : Peso muestra seca antes de ensayo, g	5000	5000		
P2 : Peso muestra seca después de esayo y lavado por tamiz No. 12	4768	3848		
% desgaste: (P1 - P2)/P1 * 100	**4,6**	**23,0**		

TAMANOS				Peso y granulometrias de la muestra para ensayo (g)						
Pasa Tamiz		Retenido Tamiz								
mm	(alt)	mm	(alt)	A	B	C	D	1	2	3
75	3"	62,5	2,½"					2500 ± 10		
62,5	2,½"	50	2"					2500 ± 10		
50	2"	37,5	1,½"					2500 ± 10	5000 ± 10	
37,5	1,½"	25	1"	1250 ± 25					5000 ± 10	5000 ± 10
25	1"	19	¾"	1250 ± 25						5000 ± 10
19	¾"	12,5	½"	1250 ± 25	2500 ± 10					
12,5	½"	9,5	⅜"	1250 ± 25	2500 ± 10					
9,5	⅜"	6,3	1/4"			2500 ± 10				
6,3	1/4"	4,75	No. 4			2500 ± 10				
4,75	No. 4	2,36	No. 8				5000 ± 10			
Total				5000 ± 10	5000 ± 10	5000 ± 10	5000 ± 10	10000 ± 100	10000 ± 75	10000 ± 50
No. de Esferas				12	11	8	6	12	12	12
Masa de la carga, g				5000 ± 25	4584 ± 25	3330 ± 20	2500 ± 15	5000 ± 25	5000 ± 25	5000 ± 25
No. de Revoluciones				500	500	500	500	1000	1000	1000

ESPECIFICACION ART.400 Norma INV-13	**MDC-19**	Base < 35% Rodadura < 25%	**ESPECIFICACION ART.673 Norma INV-13**	Material Filtrante < 40%
ESPECIFICACION ART.300 Norma INV-13	Base Granular < 40% Subbase Granular < 50%		**ESPECIFICACION ART.630 Norma INV-13**	Concreto Hidráulico < 40%

OBSERVACIONES:

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERÍA DE VÍAS S.A.S.	**DESGASTE DE LOS AGREGADOS MICRO DEVAL** **INV E-238-13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN

LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN

PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS

DESCRIPCIÓN: AGREGADO GRUESO PARA MDC-19 **FECHA:** 1/04/2023

PRUEBAS No.	1	2	3
Gradación usada	G2		
Tamaño Maximo del Agregado	3/4"		
Pa = Peso muestra seca antes del ensayo (g)	1500,0		
Pb = Peso muestra seca lavado sobre tamiz No.16 (g)	1393,8		
Perdida (g) = Pa - Pb	106,2		
% Desgaste = (Pa - Pb) * 100/Pa	**7,1**		

DATOS SOBRE GRADACIÓN, CARGA ABRASIVA Y REVOLUCIONES				
Pasa	Retenido	G1	G2	G3
3/4"	5/8"	375		
5/8"	1/2"	375		
1/2"	3/8"	750	750	
3/8"	1/4"		375	750
1/4"	No. 4		375	750
Peso Inicial muestra (g)		1500±5	1500±5	1500±5
Peso de las esferas (g)		5000±5	5000±5	5000±5
Tiempo rotación (min)		120±1	105±1	95±1
No. Revoluciones		12000±100	10500±100	9500±100

ESPECIFICACIÓN INVÍAS-13	
Rodadura	20% Máx
Intermedia / Base	25% Máx
Base Granular A	25%Máx
Subbase Granular A	30%Máx

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

OBSERVACIONES:

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERIA DE VIAS SAS	**EVALUACION DE LA RESISTENCIA MECANICA DE LOS AGREGADOS GRUESOS POR EL METODO DE 10% DE FINOS** **I.N.V.E-224-13**	

PROYECTO:	CONSORCIO SAN SEBASTIAN		
LOCALIZACIÓN:	PLANTA POPAYAN		
PROCEDENCIA:	RIO DOS RIOS		
DESCRIPCIÓN:	AGREGADO GRUESO PARA MDC-19	**FECHA:**	**1/04/2023**

Condición de Ensayo	**SECO**			**HÚMEDO**		
Prueba No.	**1**	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**
Masa del agregado usado, M_1 (g)	2899,0	2902,0	2904,0	2985,0	2980,0	2984,0
Masa Pasa Tamiz No.8, M_2 (g)	265,0	260,0	264,0	292,0	295,0	294,0
Masa Retenido Tamiz No.8, M_3 (g)	2634,0	2642,0	2640,0	2693,0	2685,0	2690,0
Máxima fuerza aplicada, f (kN)	135,0	133,0	134,0	125,0	124,0	124,0
Relación de masas, M (%)	9,1	9,0	9,1	9,8	9,9	9,9
Fuerza para producir 10% finos, F (kN)	144	144	143	127	125	125
Promedio, (%)	140			130		
Relación Húmedo/Seco, (%)	93					

ESPECIFICACION INVIAS	**SECO**		**RELACION HUMEDO/SECO**	
	RODADURA	110 Kn min.	RODADURA	75% min.
	INTERMEDIA	90 Kn min.	INTERMEDIA	
	BASE	75 Kn min.	BASE	



OBSERVACIONES: _____

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERÍA DE VÍAS S.A.S.	**SANIDAD AGREGADOS FRENTE A ACCIÓN DE SOLUCIONES DE SULFATO DE SODIO Y/O MAGNESIO** **INV E-220-13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS — TOMA MUESTRA: 31-mar-23
DESCRIPCIÓN: AGREGADO GRUESO PARA MDC-19 — FECHA DE ENSAYO: 1-abr-23

No. Ciclos: 5 — Solución: MAGNESIO — Densidad Solución: 1,296

FRACCIÓN GRUESA

Fracción Granulométrica Pasa		Fracción Granulométrica Retiene		Gradación Original (%)	Peso Fracción Ensayada (g)	Peso Retenido después Ensayo (g)	Pérdida Total (%)	Pérdida Corregida (%)
63 mm	(2 1/2")	37.5 mm	(1 1/2")					
37.5 mm	(1 1/2")	(3/4")	19 mm					
19 mm	(3/4")	(3/8")	9.51 mm	20,4	1000,0	965,2	3,48	0,7
9.51 mm	(3/8")	(No. 4)	4.76 mm	23,9	400,0	264,0	34,00	8,1
TOTALES				44,3	1400,0	1229,2	37,48	8,8

FRACCIÓN FINA

Fracción Granulométrica Pasa		Fracción Granulométrica Retiene		Gradación Original (%)	Peso Fracción Ensayada (g)	Peso Retenido después Ensayo (g)	Pérdida Total (%)	Pérdida Corregida (%)
4.76 mm	(No. 4)	2.38 mm	(No. 8)	12,9	100	89,1	10,90	1,4
2.38 mm	(No. 8)	1.19 mm	(No. 16)	10,5	100	90,2	9,80	1,0
1.19 mm	(No. 16)	0.595 mm	(No. 30)	9,1	100	90,3	9,70	0,9
0.595 mm	(No. 30)	0.297 mm	(No. 50)	10,2	100	88,7	11,30	1,2
TOTALES				42,7	400,0	358,3	41,70	4,5

EXAMEN CUANTITATIVO DE LAS PARTICUALS GRUESAS

TAMAÑO DEL TAMIZ	PARTICULAS QUE EXHIBEN ALTERACIÓN								No. TOTAL DE PARTICULAS ANTES DE ENSAYO	
	ROTURA		DESINTEGRACIÓN		AGRIETAMIENTO		EXFOLIACIÓN			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
63mm (2 1/2") a 37.5mm (1 1/2")										
63mm (2 1/2") a 37.5mm (1 1/2")										

OBSERVACIONES:

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERIA DE VIAS SAS

ENSAYO DE CARAS FRACTURADAS

INV E - 227/13

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN

LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN

PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS

DESCRIPCIÓN: AGREGADO GRUESO PARA MDC-19 **FECHA:** 1-abr-2023

TAMIZ QUE PRESENTA PRIMER RETENIDO 1/2"

CALCULO REALIZADO POR **MASA** X **CONTEO**

CRITERIO DE FRACTURA PARA EVALUAR **UNA CARA** X **DOS CARAS**

Fracción Granulométrica				PESO DE LA MUESTRA (g)	PESO MATERIAL CON CARAS FRACTURADAS (g)	PESO DE PARTICULAS NO FRACTURADAS (g)	% DE PARTICULAS CON UNA CARA FRACTURADA P=(F/(F+N))*100
PASA		RETIENE			F	N	P
37.5 mm	(1 1/2")	25 mm	(1")				
25 mm	(1")	19 mm	(3/4")				
19 mm	(3/4")	12.5 mm	(1/2")	1.000,0	954,0	46,0	95,4
12.5 mm	(1/2")	9.5 mm	(3/8")	500,0	416,3	83,7	83,3
TOTAL				**1.500,0**	**1.370,3**	**129,7**	**178,7**

PORCENTAJE CON UNA CARA FRACTURADA = 89,3 %

CRITERIO DE FRACTURA PARA EVALUAR **UNA CARA** **DOS CARAS** X

TAMIZ				PESO DE LA MUESTRA (g)	PESO MATERIAL CON CARAS FRACTURADAS (g)	PESO DE PARTICULAS NO FRACTURADAS (g)	% DE PARTICULAS CON UNA CARA FRACTURADA P=(F/(F+N))*100
PASA		RETIENE			F	N	P
37.5 mm	(1 1/2")	25 mm	(1")				
25 mm	(1")	19 mm	(3/4")				
19 mm	(3/4")	12.5 mm	(1/2")	1.000,0	874,1	125,9	87,4
12.5 mm	(1/2")	9.5 mm	(3/8")	500,0	423,0	77,0	84,6
TOTAL				**1.500,0**	**1.297,1**	**202,9**	**172,0**

PORCENTAJE CON DOS CARAS FRACTURADAS = 86,0 %

OBSERVACIONES:

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERÍA DE VÍAS SAS	**CONTENIDO DE IMPUREZAS AGREGADO GRUESO** **INV E -237 - 13**	

PROYECTO:	CONSORCIO SAN SEBASTIAN		
LOCALIZACIÓN:	PLANTA POPAYAN		
PROCEDENCIA:	RIO DOS RIOS		
DESCRIPCIÓN:	AGREGADO GRUESO PARA MDC-19	**FECHA:**	**1-abr-23**

Tamaño Maximo del Agregado de la Muestra		**3/4"**	Alterno:	**19**	mm
Cantidad Total de la Muestra	**200D**	**3800** **g**	**500D**	**9500**	g

DESCRIPCIÓN MUESTREO		**Valores**
Peso Húmedo (g)	M1h	3800,0
Peso Seco antes de lavar (g)	M1s	3781,0
Peso Seco lavado (g)	m	3765,0

CÁLCULOS		**Valores**
Indice de sequedad	Is	0,9950
Cantidad masa seca (Grs)	Ms	3781,0
Impurezas (Grs)	I	0,42
Coeficiente Limpieza Superficial	**(CLS)**	**0,42%**

ESPECIFICACION INVIAS 2013	**≤ 0,5%**

OBSERVACIONES:

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

PARTICULAS PLANA Y ALARGADAS EN AGREGADOS GRUESOS

INV E - 240 - 13

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN

LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN

PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS

DESCRIPCIÓN: AGREGADO GRUESO PARA MDC-19 **FECHA:** 1-abr-2023

MASA TOTAL DE LA MUESTRA (g)	1.400,0

RELACION DE DIMENSIONES UTILIZADA	RELACION **5:1**

Metodo de Ensayo: **A** ☐ **B** ☒

PARTICULAS PLANAS Y ALARGADAS

FRACCION GRANULOMETRICA				PESO MUESTRA	NUMERO PARTICULAS	PESO MATERIAL Part. Planas y Alarg.	PORCENTAJE Part. Planas y Alarg.	% RETENIDO Gradacion Original	CALCULO FINAL
PASA TAMIZ		**RET. TAMIZ**		**A (g)**	**(Und)**	**B (g)**	**C = (B/A*100)**	**D**	**E = (C*D)**
25 mm	(1")	19 mm	(3/4")						
19 mm	(3/4")	12.5 mm	(1/2")	500,0	98,0	5,2	1,0	13,5	14,0
12.5 mm	(1/2")	9.5 mm	(3/8")	300,0	124,0	3,4	1,1	9,6	10,9
9.5 mm	(3/8")	No.4	4.75 mm	600,0	254,0	4,6	0,8	19,2	14,7
TOTAL				**1.400,0**	**476,0**	**13,2**	**2,9**	**42,3**	**39,6**

PORCENTAJE DE PARTICULAS PLANAS Y ALARGADAS	TOTAL E / TOTAL D	**0,9%**

ESPECIFICACION INVIAS	**≤ 10**



OBSERVACIONES:

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERIA DE VIAS SAS	**DETERMINACIÓN DEL CONTENIDO DE VACIOS EN AGREGADOS FINOS** **I.N.V.E-239/13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: AGREGADO FINO PARA MDC-19 **FECHA:** 1/04/2023

CALIBRACION DEL MEDIDOR CIINDRICO	
Masa del cilindro + grasa + vidrio (g)	222,4
Masa del cilindro + agua + grasa + vidrio (g)	325,9
Temperatura del agua (°C)	25
M = Masa Neta del agua (g)	103,5
D = Densidad del agua (Kg/m3)	999,8
V = Volumen del cilindro (1000*M/D) (ml)	**103,52**

Metodo de Ensayo: **A** [x] **B** [ ] **C** [ ]

PORCENTAJE DE VACIOS DEL AGREGADO FINO SIN COMPACTAR			
Ensayo		1	2
	Masa del cilindro (g)	232,2	232,2
	Masa del cilindro + muestra (g)	376,1	376,2
V	Volumen del cilindro (ml)	103,52	103,52
F	Masa neta del agregado fino en el medidor (g)	143,9	144
G	Gravedad especifica del agregado fino seco	2,594	2,594
%U	Porcentaje de vacios del agregado fino sin compactar %U= (V-(F/G))/V*100	**46,4**	**46,4**

ESPECIFICACION INVIAS	RODADURA	**45% MIN**
	INTERMEDIA	**40% MIN**
	BASE	**35% MIN**

OBSERVACIONES:

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERIA DE VIAS SAS	**DENSIDAD, DENSIDAD RELATIVA (GRAVEDAD ESPECÍFICA) Y ABSORCIÓN DEL AGREGADO GRUESO** **NORMA I.N.V. E - 223 / 13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: AGREGADO GRUESO PARA MDC-19 **FECHA:** 1/04/2023

PRUEBA No.	1	2	Promedio
A. Masa al aire de la muestra seca al horno (g)	1890	1919,5	-
B. Masa de la muestra Saturada y Superficialmente Seca (g)	1908,2	1936,2	-
C. Masa aparente de la muestra saturada en agua (g)	1183,2	1198,0	-
Densidad Relativa Seca al Horno SH	2,607	2,600	2,604
Densidad Relativa SSS	2,632	2,623	2,627
Densidad Relativa Aparente	2,674	2,660	2,667
Densidad Seca al Horno (kg/m^3)	2600	2594	2600
Densidad SSS (kg/m^3)	2625	2616	2620
Densidad Aparente (kg/m^3)	2667	2654	2660
Absorciòn (%)	1,0	0,9	0,9

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

OBSERVACIONES:

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERIA DE VIAS SAS	**DENSIDAD, DENSIDAD RELATIVA (GRAVEDAD ESPECÍFICA) Y ABSORCIÓN DEL AGREGADO FINO** **NORMA I.N.V. E - 222 / 13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: AGREGADO FINO PARA MDC-19 **FECHA:** 1/04/2023

PRUEBA No.	1	2	Promedio
A. Masa al aire de la muestra seca al horno (g)	498,1	498,5	-
B. Masa del picnómetro aforado lleno de agua (g)	661,87	707,5	-
C. Masa total del picnómetro aforado con la muestra y lleno de agua (g)	970,2	1015,0	-
S. Masa de la muestra Saturada y Superficialmente Seca (g)	500	500,0	-
Densidad Relativa Seca al Horno SH	2,599	2,590	2,594
Densidad Relativa SSS	2,609	2,598	2,603
Densidad Relativa Aparente	2,625	2,610	2,618
Densidad Seca al Horno (kg/m^3)	2592	2584	2590
Densidad SSS (kg/m^3)	2602	2591	2600
Densidad Aparente (kg/m^3)	2618	2604	2610
Absorciòn (%)	0,4	0,3	0,3

OBSERVACIONES:

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

	DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD ESPECÍFICA DE LAS PARTICULAS SOLIDAS Y DEL LLENANTE MINERAL NORMA I.N.V. E - 128 / 13	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: MATERIAL FINO No.200 **FECHA:** 1-abr-23

PRUEBA No.			1	2	Promedio
Ws	Masa Suelo Seco (Grs.)		100,00	100,00	
Wb	Masa picnómetro + Agua + Suelo (gr) a T ensayo		781,00	781,00	
Wa	Masa picnómetro + Agua (gr) a T ensayo		718,90	718,90	
K	Temperatura de Ensayo ºC		25	25	
	FACTOR CORRECCIÓN POR TEMPERATURA	K	0,99884	0,99884	
	$= dw_{Tx\ (25\ °C)} / dw_{(T\ °C)}$	dw_{Tx}	0,99705	0,99705	
		$dw_{(20\ °C)}$	0,99821	0,99821	
Gs_{20}	*GRAVEDAD ESPECÍFICA* $= (Ws * K) / (Wa + Ws - Wb)$		2,635	2,635	2,635

OBSERVACIONES:

dw_{Tx} = Densidad del agua a Temperatura de ensayo.

$dw_{(20\ °C)}$ = Densidad el agua a 20ºC.

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

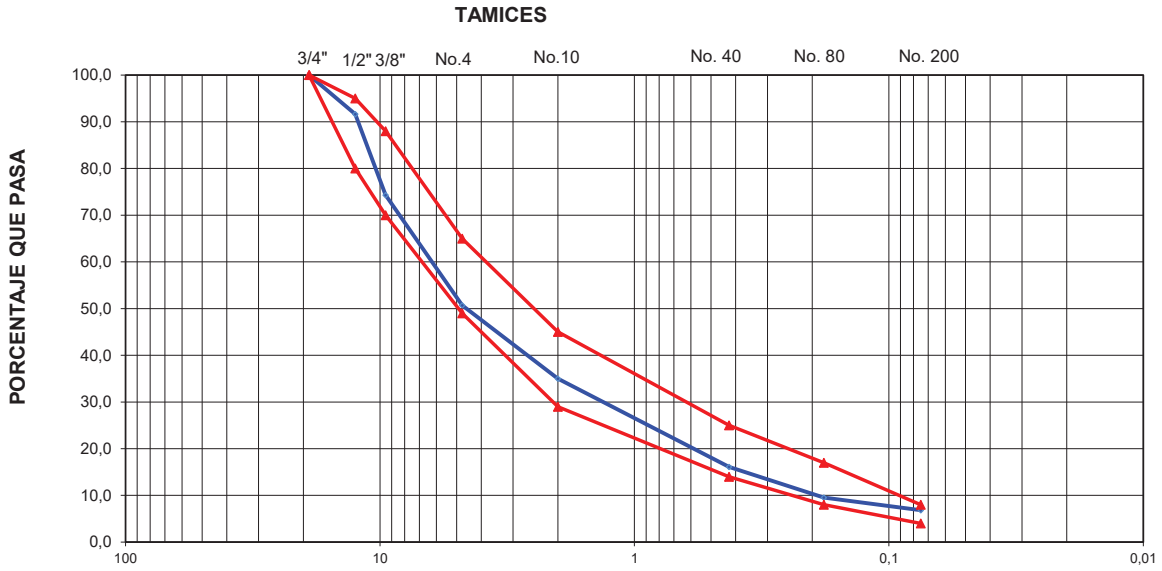
OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

ANALISIS GRANULOMETRICO DE LOS AGREGADOS GRUESOS Y FINOS

NORMA I.N.V. E - 213 / 13

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: COMBINACION DE AGREGADO GRUESO Y FINO
FECHA: 3-abr-23

GRADACIÓN					
P1=	2.310,4	P2=	2.163,8	NORMA (%)	
Tamiz	Peso Retenido	% Retenido	% Pasa	MIN.	MAX.
1"					
3/4"	0,0	0,0	100,0	100	100
1/2"	193,3	8,4	91,6	80	95
3/8"	400,4	17,3	74,3	70	88
No. 4	545,9	23,6	50,7	49	65
No. 10	362,6	15,7	35,0	29	45
No. 40	436,1	18,9	16,1	14	25
No. 80	152,2	6,6	9,5	8	17
No. 200	62,0	2,7	6,8	4	8
Pasa 200	158,1	6,8			



OBSERVACIONES: MATERIAL NO PLASTICO NP

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

LIMITE LIQUIDO Y LIMITE PLASTICO

INV-E 125 - 126-13

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN

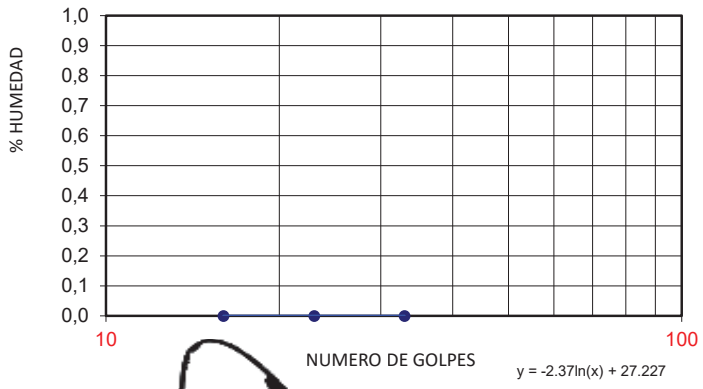
LOCALIZACION: PLANTA POPAYAN

PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS

DESCRIPCIÓN: AGRAGADO FINO PARA MDC-19 **FECHA:** 3-abr-2023

	LIMITE LIQUIDO			LIMITE PLÁSTICO		HUMEDAD NATURAL
No. GOLPES						
CAPSULA No.						A
PESO CAPSULA + SUELO HUMEDO g						
PESO CAPSULA + SUELO SECO g	NL			NP		
PESO DE LA CAPSULA gr.						
PESO DEL AGUA gr.						
PESO DEL SUELO SECO gr.						
CONTENIDO DE HUMEDAD %						

LIMITE LIQUIDO



LIMITE LIQUIDO =

LIMITE PLÁSTICO =

INDICE DE PLASTICIDAD =

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

OBSERVACIONES:

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

INGENIERÍA DE VÍAS SAS	**ENSAYO DE CARAS FRACTURADAS** **INV E - 227/13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN

LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN

PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS

DESCRIPCIÓN: AGREGADO GRUESO PARA MDC-19 **FECHA:** 3-abr-2023

TAMIZ QUE PRESENTA PRIMER RETENIDO 3/4"

CALCULO REALIZADO POR **MASA** X **CONTEO**

CRITERIO DE FRACTURA PARA EVALUAR **UNA CARA** X **DOS CARAS**

Fracción Granulométrica				PESO DE LA MUESTRA (g)	PESO MATERIAL CON CARAS FRACTURADAS (g)	PESO DE PARTICULAS NO FRACTURADAS (g)	% DE PARTICULAS CON UNA CARA FRACTURADA P=(F/(F+N))*100
PASA		RETIENE			F	N	P
37.5 mm	(1 1/2")	25 mm	(1")				
25 mm	(1")	19 mm	(3/4")				
19 mm	(3/4")	12.5 mm	(1/2")	1.000,0	963,3	36,7	96,3
12.5 mm	(1/2")	9.5 mm	(3/8")	500,0	472,0	28,0	94,4
TOTAL				**1.500,0**	**1.435,3**	**64,7**	**190,7**

PORCENTAJE CON UNA CARA FRACTURADA = 95,4 %

CRITERIO DE FRACTURA PARA EVALUAR **UNA CARA** **DOS CARAS** X

TAMIZ				PESO DE LA MUESTRA (g)	PESO MATERIAL CON CARAS FRACTURADAS (g)	PESO DE PARTICULAS NO FRACTURADAS (g)	% DE PARTICULAS CON UNA CARA FRACTURADA P=(F/(F+N))*100
PASA		RETIENE			F	N	P
37.5 mm	(1 1/2")	25 mm	(1")				
25 mm	(1")	19 mm	(3/4")				
19 mm	(3/4")	12.5 mm	(1/2")	1.000,0	925,6	74,4	92,6
12.5 mm	(1/2")	9.5 mm	(3/8")	500,0	435,0	65,0	87,0
TOTAL				**1.500,0**	**1.360,6**	**139,4**	**179,6**

PORCENTAJE CON DOS CARAS FRACTURADAS = 89,8 %

OBSERVACIONES:

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad

	DETERMINACIÓN DEL CONTENIDO DE VACIOS EN AGREGADOS FINOS **I.N.V.E-239/13**	

PROYECTO: CONSORCIO SAN SEBASTIAN
LOCALIZACIÓN: PLANTA POPAYAN
PROCEDENCIA: RIO DOS RIOS
DESCRIPCIÓN: AGREGADO FINO PARA MDC-19 **FECHA:** 3-abr-23

CALIBRACION DEL MEDIDOR CIINDRICO	
Masa del cilindro + grasa + vidrio (g)	272,7
Masa del cilindro + agua + grasa + vidrio (g)	375,7
Temperatura del agua (°C)	25
M = Masa Neta del agua (g)	103
D = Densidad del agua (Kg/m3)	999,8
V = Volumen del cilindro (1000*M/D) (ml)	**103,02**

Metodo de Ensayo: **A** [X] **B** [ ] **C** [ ]

PORCENTAJE DE VACIOS DEL AGREGADO FINO SIN COMPACTAR			
Ensayo		1	2
	Masa del cilindro (g)	232,2	232,2
	Masa del cilindro + muestra (g)	377,3	377
V	Volumen del cilindro (ml)	103,02	103,02
F	Masa neta del agregado fino en el medidor (g)	145,1	144,8
G	Gravedad especifica del agregado fino seco	2,594	2,594
%U	Porcentaje de vacios del agregado fino sin compactar %U= (V-(F/G))/V*100	**45,7**	**45,8**

ESPECIFICACION INVIAS	RODADURA	**45% MIN**
	INTERMEDIA	**40% MIN**
	BASE	**35% MIN**

OBSERVACIONES: _____

CUMPLIENDO CON LA NORMA OK

LUIS FERNANDO SALAZAR YANES
Elaboró: Laboratorista

OLMIS ENRIQUE RAMOS
Revisó: Ing. Residente Calidad