Consorcio HDC

008-24

Puerto Carreño, 3 de mayo de 2024

Señores
CONSORCIO SAN RAFAEL
Atn.: Javier Francisco Sabogal
Interventor
Ciudad

REFERENCIA: Entrega informe de obra N°4 - Contrato HDSJDD-CP-2374-2023

Objeto:
REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS – SEDE CUMARIBO.

Cordial Saludo

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de hacer entrega del informe de obra N°4 para su respectiva aprobación con el fin de dar cumpliendo con la cláusula segunda, obligación octava del contrato.

Cordialmente,

JUAN SEBASTIÁN SERNA ARIAS
CC.: 86.072.395 de Villavicencio
Representante Legal
CONSORCIO HDC

Recibido: 03/05/2024

consorciohdc23@gmail.com
Calle 23 No. 6 – 35 – Cel.: 313 420 66 05
Puerto Carreño - Vichada

INFORME DE OBRA N° 4

CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023

OBJETO:
REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO

CONTRATISTA:

CONSORCIO HDC

R/L: ING. JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS



INTERVENTORIA: CONSORCIO SAN RAFAEL

R/L JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS

CONTRATANTE: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO CARREÑO

PERIODO: 1 DE ABRIL DE 2024 – 30 DE ABRIL DE 2024

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 3
OBJETO DEL INFORME 4
1. GENERALIDADES DEL CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023 5
1.1. FICHA TECNICA DEL CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023 5
1.2. GARANTIA UNICA (VIGENCIAS) 5
1.2.1. INICIAL 5
1.2.2. AJUSTE 6
1.2.3. ACTA DE INICIO 7
1.3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO 7
2. EJECUCION DEL CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023 10
2.1. LOCALIZACIÓN DE LA OBRA 10
2.2. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO: 10
2.2.1. INSTALACION DE VALLA INFORMATIVA 10
2.2.2. CENTRO DE ACOPIO Y BODEGA PARA MATERIALES 11
2.2.3. TRANSPORTE DE MATERIALES 11
2.2.4. EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES 15
2.2.5. SOCIALIZACIÓN DE CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023 26
2.3. CUADRO DE AVANCE 27
2.4. CALIDAD DE LOS MATERIALES 28
2.5. ENSAYOS DE LABORATORIO 28
2.6. CLIMATOLOGIA 28
2.7. COMPROMISOS LABORALES 28
2.8. PERSONAL 29
2.8.1. REGISTRO DE PERSONAL PROFESIONAL 29
2.8.2. REGISTRO DE PERSONAL OPERATIVO 29
2.9. AFILIACION DE PERSONAL PROFESIONAL AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 30
2.10. AFILIACION DE PERSONAL OPERATIVO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 30
2.11. MAQUINARIA 32
3. FINANCIERO 32
3.1. CONTROL DE INVERSION DEL ANTICIPO 33
3.2. AVANCE FINANCIERO 35
3.3. CONTROL PRESUPUESTAL 35
4. INFORMACION LEGAL 36
4.1. CONTROL DE LICENCIAS, PERMISOS Y LEGALIZACION DE PREDIOS 36
5. INCONVENIENTES PRESENTADOS DURANTE EL PERIODO. 36
6. CONCLUSIONES 36
7. ANEXOS 38

INTRODUCCIÓN

El presente informe comprende el periodo del **1 DE ABRIL DE 2024 – 30 DE ABRIL DE 2024** del contrato de obra **HDSJDD-CP-2374-2023** con fecha de firma el 28 de diciembre de 2023, acta de inicio el día 16 de enero de 2024 y licencia de construcción **SPIM-05-2023** de fecha 11 de diciembre de 2023, celebrado entre **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO CARREÑO Y CONSORCIO HDC** identificado con **NIT. 901.783.555-3** el cual se encuentra representada legalmente por **JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS,** cuyo objeto es. "**REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO"** Por la suma de **VEINTE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOCIENTOS VEINTI CUATRO PESOS M/CTE ($20,856,846,224.00).** El presente informe contine la descripción de las labores llevadas a cabo durante el periodo en mención.

OBJETO DEL INFORME

El objeto del presente informe es dar a conocer el desarrollo de las diferentes actividades técnicas, administrativas, ambientales y financieras desarrolladas en el periodo del **1 DE ABRIL DE 2024 – 30 DE ABRIL DE 2024** del contrato de obra **HDSJDD-CP-2374-2023.**

1. GENERALIDADES DEL CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023

1.1. FICHA TECNICA DEL CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023

FICHA TECNICA DEL CONTRATO	
CONDICIONES ORIGINALES DEL CONTRATO	
Entidad Contratante:	E.S.E. Hospital Departamental San Juan De Dios de Puerto Carreño
Interventor:	Consorcio San Rafael
Objeto del Contrato:	Reposición De La Infraestructura Del Hospital Departamental San Juan De Dios, E.S.E. Sede Cumaribo
Contrato No:	HDSJDD-CP-2374-2023
Contratista:	Consorcio HDC
Representante Legal:	Ing. Juan Sebastián Serna Arias
Valor del Contrato:	$ 20,856,846,224.00
Valor del Anticipo (50%):	$ 10,428,423,112.00
Fecha desembolso anticipo:	13/02/2023
Plazo de ejecución:	Quince (15) Meses
Fecha de inicio:	16 de enero de 2024
Fecha de terminación:	15 de abril de 2025
INFORMACION FINANCIERA PAGOS PARCIALES	
Acta parcial :	N/A
Acumulado:	N/A
Amortización Acta parcial :	N/A
Pendiente por amortizar:	$ 10,428,423,112.00

1.2. GARANTIA UNICA (VIGENCIAS)

1.2.1. INICIAL

CONDICIONES INICIALES (ANEXO 0)				
COMPAÑÍA ASEGURADORA: ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.				
GARANTIAS	**No POLIZA**	**FECHA INICIAL**	**FECHA FINAL**	**VALOR ASEGURADO**

BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO	SGPL-126634013-1	28-12-2023	28-07-2025	$10.428.423.112,00
CUMPLIMIENTO	SGPL-126634013-1	28-12-2023	28-07-2025	$2.085.684.622,40
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	SGPL-126634013-1	28-12-2023	28-03-2028	$1.042.842.311,20
ESTABILIDAD Y CÁLIDAD DE LA OBRA	SGPL-126634013-1	28-03-2023	28-03-2030	$2.085.684.622,40
RESPONSABILIDAD CIVIL FRENTE A TERCERO	LBCO-126670761-1	28-12-2023	28-03-2025	$1.042.842.311,00

1.2.2. AJUSTE

CONDICIONES SEGÚN ACTA DE INICIO (ANEXO 1)				
COMPAÑÍA ASEGURADORA: ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.				
GARANTIAS	**No POLIZA**	**FECHA INICIAL**	**FECHA FINAL**	**VALOR ASEGURADO**
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO	SGPL-126634013-1	28-12-2023	28-07-2025	$10.428.423.112,00
CUMPLIMIENTO	SGPL-126634013-1	28-12-2023	28-09-2025	$2.085.684.622,40
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	SGPL-126634013-1	28-12-2023	28-03-2028	$1.042.842.311,20
ESTABILIDAD Y CÁLIDAD DE LA OBRA	SGPL-126634013-1	28-03-2023	28-03-2030	$2.085.684.622,40
RESPONSABILIDAD CIVIL FRENTE A TERCERO	LBCO-126670761-1	28-12-2023	28-06-2025	$1.042.842.311,00

1.2.3. ACTA DE INICIO

CONDICIONES SEGÚN ACTA DE INICIO (ANEXO 2)				
COMPAÑÍA ASEGURADORA: ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.				
GARANTIAS	**No POLIZA**	**FECHA INICIAL**	**FECHA FINAL**	**VALOR ASEGURADO**
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO	SGPL-126634013-1	16-01-2024	15-08-2025	$10.428.423.112,00
CUMPLIMIENTO	SGPL-126634013-1	16-01-2024	15-10-2025	$2.085.684.622,40
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	SGPL-126634013-1	16-01-2024	15-04-2028	$1.042.842.311,20
ESTABILIDAD Y CÁLIDAD DE LA OBRA	SGPL-126634013-1	15-04-2024	15-04-2030	$2.085.684.622,40
RESPONSABILIDAD CIVIL FRENTE A TERCERO	LBCO-126670761-1	16-01-2024	15-07-2025	$1.042.842.311,00

1.3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO

La E.S.E Hospital San Juan de Dios, es una entidad descentralizada del Orden Departamental; se encuentra ubicada en el municipio de Puerto Carreño del departamento del Vichada y sedes ubicadas en centros urbanos que, en el marco de la organización de red del departamento, prestan los servicios de baja y mediana complejidad para la población vichadense.

La división del territorio para la prestación de los servicios de salud, se realiza por subregiones y microrregiones que se definen a partir de la agrupación de municipios según la ubicación geográfica, las comunidades indígenas y la dispersión de la población, para organizarla de forma funcional y operativa, facilitando la articulación, gestión e integralidad de la misma, según la capacidad instalada de las IPS, las vías de acceso que facilitan en el tiempo de invierno el transporte fluvial, (ríos Meta, Vichada y Guaviare) y en verano las vías terrestres que cruzan de igual forma cada subregión.

La función primordial de la E.S.E. radica en la atención de salud, en cumplimiento de principios constitucionales que orientan la prestación del servicio público de

salud, tales como eficiencia, eficacia, universalidad y solidaridad, entre otros, bajo la premisa de la garantía de la calidad del servicio y de su efectiva prestación, para lo cual debe contar con una infraestructura apropiada y dotación acorde con el nivel de servicios ofertados.

La demanda de servicios de salud de la E.S.E. proviene de la zona urbana y rural, debido a que el mercado actual está dado en su mayor parte por las EPS del Régimen Subsidiado, seguida de las EPS de Régimen Contributivo y por último régimen especial y particular Se ha presentado un incremento en la población perteneciente al régimen subsidiado en razón a la población desplazada que llega de otros municipios, desde Venezuela y al crecimiento propio poblacional.

La E.S.E ha realizado una distribución de sus servicios en las diferentes sedes de tal forma que se garantiza una adecuada, optima y oportuna atención a dichos usuarios, con base a los principios de calidad y eficiencia, que le permita ser autosuficiente y sostenible en el tiempo como Empresa Social del Estado para cumplir con los requerimientos que le exige el Ministerio de salud y protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Sin embargo, a pesar de los diferentes esfuerzos efectuados por la entidad, en donde se ha dotado de equipos biomédicos de última generación, ampliado el personal especializado para la atención de pacientes y una progresiva ampliación de servicios, es evidente que la infraestructura física de la entidad resulta insuficiente y vetusta de cara a la normatividad constructiva y hospitalaria, generando consigo riesgos frente a la atención de usuarios y trabajadores de la entidad.

Ha de recordarse que la ESE Departamental Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño, Vichada, fue creada como Empresa Social del Estado a través de la Ordenanza 048 del 22 d noviembre de 1994. Previo a su nacimiento, la institución hospitalaria prestaba sus servicios a cargo de la dirección seccional de salud en el Departamento del Vichada, en la misma infraestructura física.

Revisando el archivo histórico de la entidad, se colige que la infraestructura física data de alrededor de 40 años de construcción y en la actualidad no cumple con las normas de sismo resistencia, NSR 10, ni de habilitación hospitalaria, pese a que se han efectuado adecuaciones para tratar de acompasar la edificación frente a las modificaciones normativas.

CAUSAS QUE GENERAN EL PROBLEMA

Causas directas: infraestructura hospitalaria mayor a 40 años de construcción, la cual no cumple con las normas de sismo resistencia, NSR 10 y de habilitación hospitalaria, Resolución 3100 de 2019.

Causas indirectas: Deficiente prestación de los Servicios de Salud a la población, en la ESE Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño y sus sedes.

EFECTOS QUE GENERA EL PROBLEMA

Efectos directos: Riesgo en la prestación del servicio de salud e incremento de los usuarios y baja calidad en la prestación de los servicios de salud.

Efectos indirectos: Disminución de la calidad del Servicio de Salud en el Departamento del Vichada.

Por esta razón y bajo el entendiendo que parte esencial de la calidad de la prestación del servicio de salud es la infraestructura física hospitalaria, desde la gerencia de la ESE Departamental Hospital San Juan de Dios, junto con el acompañamiento de la Secretaría Departamental de Salud, se presentó un proyecto de modernización de la infraestructura física ante el Ministerio de Salud Protección Social.

Por lo anterior, la ESE Departamental Hospital San juan de Dios de Puerto Carreño, junto con la Administración Departamental presento ante el Ministerio de Salud y Protección Social la iniciativa para la **" REPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO"** para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social dio concepto de viabilidad técnica al proyecto (Resolución No. 1353 de 2023), a efectos de lograr la financiación de los recursos necesarios para sufragar los costos del proyecto.

En respuesta a las diferentes gestiones administrativas, mediante documento del 31 de agosto de 2023, el Ministerio de Salud comunica viabilidad técnica, financiera del proyecto, determinando una financiación de la entidad nacional por valor de $22.164.988.792,00.

Resultado de lo anterior, y acorde con el Plan de Desarrollo **"TRABAJO PARA TODO VICHADA 2020- 2023"** , línea Estratégica 2. Desarrollo Social Integral Para Vida Digna, Programa 5. Salud y protección social para el Vichada; 4.3.1.3 Subprograma 7. Prestación de servicios de salud OBJETIVO 8. Garantizar el cumplimiento de la política de universalización del aseguramiento y prestación de los servicios médicos en condiciones de equidad y protección financiera de la población afiliada.

Por tal razón, **LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, contemplo llevar a cabo el proceso de selección de un contratista que cumpla con los requerimientos legales, técnicos y financieros, necesarios para la **REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO**.

2. EJECUCION DEL CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023

2.1. LOCALIZACIÓN DE LA OBRA

La ubicación de la ejecución de la obra física es Cumaribo – Vichada



2.2. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO:

2.2.1. INSTALACION DE VALLA INFORMATIVA

En este periodo se realiza la instalación de la valla informativa como se había comentado en el informe pasado (informe no 3 del mes de marzo) esto con el fin de dar cumplimento a la cláusula 31 de contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023 cuyo objeto es **"REPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO"**.



2.2.2. CENTRO DE ACOPIO Y BODEGA PARA MATERIALES

Durante este periodo una de las primeras actividades que se realizaron fue la adecuación del centro de acopio de materiales y bodega para la **"REPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO"**.



2.2.3. TRANSPORTE DE MATERIALES

Para la ejecución de las actividades contempladas en el contrato de obra, el Consorcio HDC coordino el transporte de cada uno de los materiales desde diferentes lugares del país por vía terrestre para llegar ser acopiados en el lugar designado por la alcaldía para el contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023 en Cumaribo – Vichada.

Los materiales que a fecha del presente informe se cuentan en el lugar de la obra son:

Bloque No.4
Tableta para piso Grano mármol
Gravilla ½"
Arena de planta
Acero de refuerzo grado 60
Cemento











El Consorcio HDC cuenta con formaleta metálica, andamios, parales y otros elementos de construcción para iniciar labores de obra para el contrato HDSJDD-CP-2374-2023 en Cumaribo – Vichada.

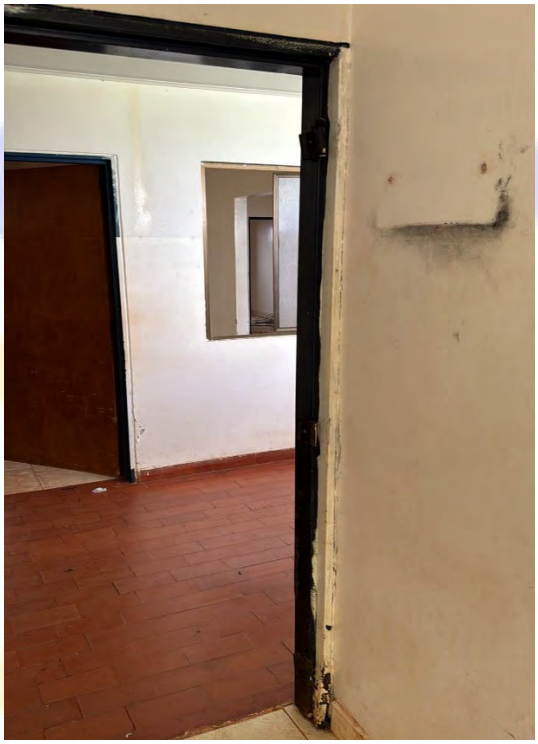


2.2.4. EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

ITEM 1.1. Desmonte Marcos y puertas con transporte.

Se ejecutó el desmonte de Marcos y puertas en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon martillos, punteros y macetas para demoler los filos en morteros que cubrían los anclajes de cada uno de los marcos y puertas, para posteriormente ser trasladadas al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.





Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 1.2. Desmonte de Ventanas, con transporte.

Se ejecutó el desmonte de ventanas en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon martillos, punteros y macetas para demoler los filos en morteros que cubrían los anclajes de cada una de las ventanas, para posteriormente ser trasladadas al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.





Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 1.3. Desmonte aparatos Sanitarios.

Se ejecutó el desmonte de aparatos sanitarios en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon martillos, punteros y macetas para desprender cada uno de los aparatos sanitarios de las unidades sanitarias de la edificación existente, para posteriormente ser trasladadas al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.



Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 1.4. Desmonte de Cielo Raso con retiro.

Se ejecutó el desmonte de cielo raso en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon martillos, punteros y macetas para desprender el cielo raso en PVC y madera de la edificación existente, para posteriormente ser trasladadas al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.





Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 1.5. Desmonte de Luminarias, con retiro.

Se ejecutó el desmonte de luminarias en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon alicates, destornilladores y cortafríos para la desinstalación de las diferentes luminarias con las que contaba la edificación existente, para posteriormente ser trasladadas al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.

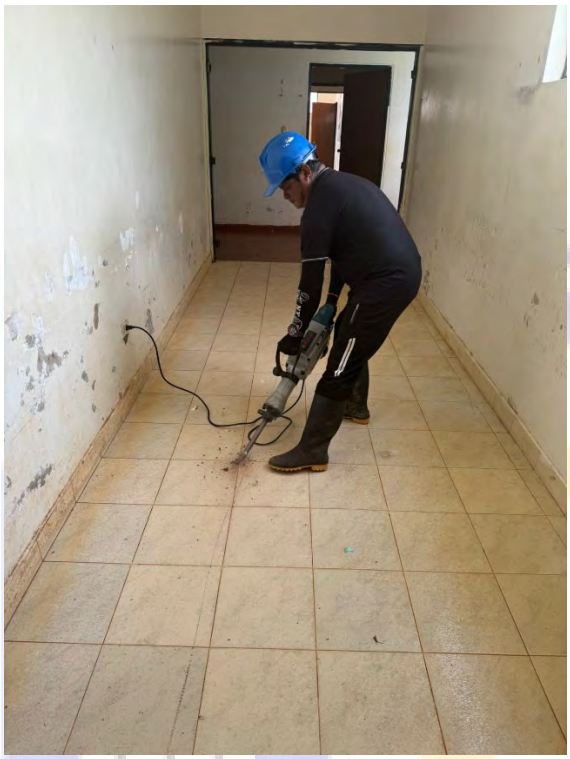




Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 1.6. Demolición a mano de tableta piso, espesor 0,5cm con retiro.

Se ejecutó la demolición de tableta de piso en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon barras de 16 lb, picas, palas, punteros,
palas, masetas, palines y carretillas. El escombro generado por la demolición se trasladó al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.





Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 1.7. Desmonte Cubierta, con correas y transporte.

Se ejecutó el desmonte de cubierta y correas en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon alicates, destornilladores, cortafríos y taladros para la desinstalación de la cubierta y correas de la edificación existente, para posteriormente ser trasladadas al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.



Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 1.8. Demolición Mecánica de Edificaciones con Equipo Pesado. (Inc. Vigas columnas, muros, cimentación con Retro excavadora con martillos hidráulico, cargue mecánico y retiro de escombros hasta 6km).

Se ejecutó la demolición de muros en parte de las instalaciones que se han entregado por el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo y la interventoría contratada para el inicio de la ejecución del contrato de obra. En esta actividad se emplearon barras de 16 lb, rotomartillos y retroexcavadora. El escombro generado por la demolición se trasladó al lugar de disposición final determinado por la entidad contratante.



Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 2.1. Cerramiento en teja de Zinc.

Se ejecutó cerramiento en teja de zinc en el perímetro del área de construcción del nuevo Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. sede Cumaribo para garantizar el aislamiento de la obra en ejecución, el ingreso de personal no autorizado, contener escombros o residuos de las diferentes etapas de construcción del mismo. Se utilizó teja de Zinc ondulada de 0.8 metros por 3.00 metros, postes de madera, barras de 18 libras, martillos, puntillas y tapas de bebidas metálicas.





Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 3.18. Acero de Refuerzo Grado 60.

Se ejecutó la actividad de figurar los diferentes tipos de varillas y flejes según los planos estructurales entregados por la entidad contratante.



Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

ITEM 3.19. Malla electrosoldada.

Se ejecutó la actividad de adecuación y ubicación de la malla electrosoldada según los planos estructurales entregados por la entidad contratante.



Las cantidades de ejecución del período se encuentran consignadas en la sabana de control de avance mensual de obra anexada al presente informe mensual de obra.

2.2.5. SOCIALIZACIÓN DE CONTRATO DE OBRA HDSJDD-CP-2374-2023

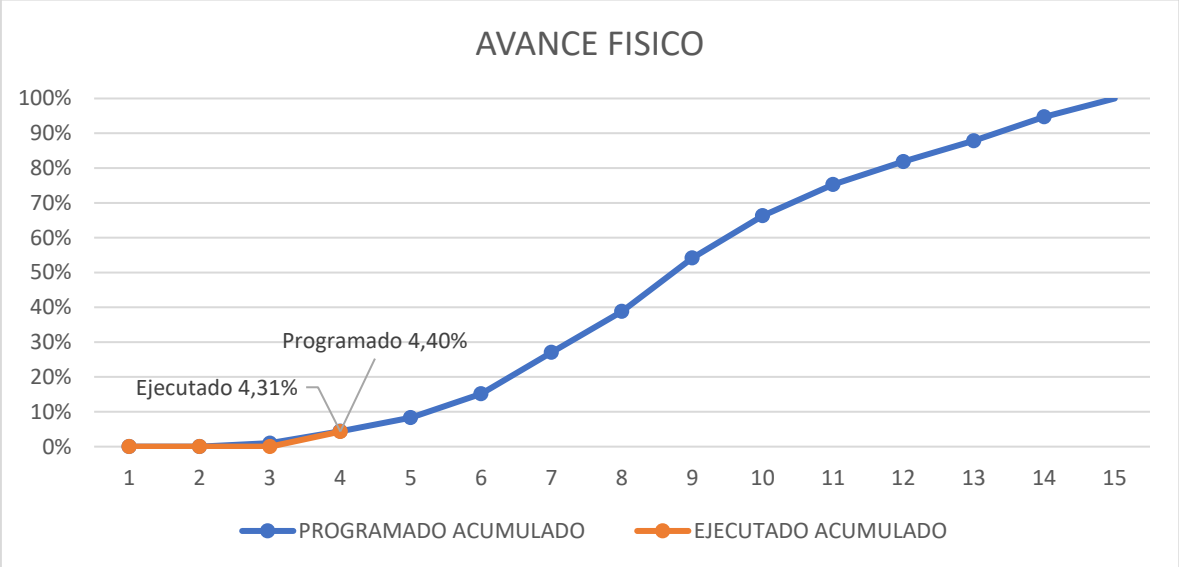
Durante este periodo se realizó la socialización del contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023 cuyo objeto es **"REPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO"**, con la comunidad del municipio. En esta socialización estuvieron presentes el director de la E.S.E. departamental, el alcalde electo del municipio, Consorcio HDC, y diferentes personas importantes para el municipio como veedores y comunidad en general. En esta socialización se explicaron temas importantes de la ejecución del proyecto, se explicaron los nuevos servicios e instalaciones que se van a contar con el nuevo hospital.

Nota: Se adjunta acta de la socialización en la sección de anexos.



2.3. CUADRO DE AVANCE

AVANCE FISICO				
PERIODO	PROGRAMADO	PROGRAMADO ACUMULADO	EJECUTADO PERIODO	EJECUTADO ACUMULADO
1	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
2	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
3	0.97%	0.97%	0.00%	0.00%
4	3.43%	4.40%	4.31%	4.31%
5	3.90%	8.30%		
6	6.85%	15.15%		
7	11.91%	27.05%		
8	11.78%	38.83%		
9	15.35%	54.18%		
10	12.13%	66.31%		
11	8.97%	75.27%		
12	6.59%	81.86%		
13	5.96%	87.82%		
14	6.88%	94.70%		
15	5.30%	100.00%		



Nota: el avance de obra plasmado en la anterior tabla corresponde a lo registrado en la sabana de control de avance del presente informe, la aritmética de la tabla se puede alterar debido a decimales ocultos por el formato anteriormente mencionado.

2.4. CALIDAD DE LOS MATERIALES

Para el presente periodo se utilizaron los siguientes materiales en los cuales se adjunta el correspondiente certificado de calidad:

- Teja de zinc.
- Acero grado 60.
- Malla electrosoldada.

2.5. ENSAYOS DE LABORATORIO

Para el presente periodo no se ejecutó actividades con concreto debido a que actualmente se están ejecutando actividades de desmontes y demolición de las instalaciones existentes del hospital.

2.6. CLIMATOLOGIA

Para el presente periodo comprendido entre 1 DE ABRIL DE 2024 – 30 DE ABRIL DE 2024 el estado del clima fue el siguiente:

ESTADO GENERAL DEL CLIMA MES DE ABRIL

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
					Soleado
13	14	15	16	17	18
Soleado	Soleado	Soleado	Soleado	Soleado	Soleado
19	20	21	22	23	24
Soleado	Soleado	Soleado	Soleado	Nublado-Soleado	Nublado-Lluvioso
25	26	27	28	29	30
Nublado-Lluvioso	Nublado-Lluvioso	Soleado	Soleado	Lluvioso-Nublado	Nublado
31					

2.7. COMPROMISOS LABORALES

Para el presente periodo no se generaron compromisos laborales por parte de la entidad contratante hacia el contratista de obra.

2.8. PERSONAL

Para el presente periodo se contó con la siguiente relación de personal profesional y operativo.

2.8.1. REGISTRO DE PERSONAL PROFESIONAL

NOMBRE	CARGO DESEMPEÑADO
JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS	DIRECTOR DE OBRA
WILSON ANDRES LEAL DIAZ	RESIDENTE DE OBRA
JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS	ASESOR ESTRUCTURAL
KAREN ASTRITH DIAZ CASTRO	ASESOR EN INGENIERIA AMBIENTAL
EDITH YOLANDA HERNANDEZ SABOGAL	COORDINADOR DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO
DAVID ALEJANDRO VASQUEZ PEÑA	ARQUITECTO
ANDREA DEL PILAR BALLEN	COORDINADORA DE LOGISTICA

2.8.2. REGISTRO DE PERSONAL OPERATIVO

NOMBRE	CARGO DESEMPEÑADO
HECTOR FABIO SERNA SERNA	CADENERO
JOSE DEL CARMEN MOYANO LEON	CONDUCTOR
ARISTIDEZ HERNAN LARROSA GONZALEZ	AYUDANTE DE OBRA
JOSE ENRIQUE PONARE	AYUDANTE DE OBRA
CIRO JAIR ARANGO CASTILLO	AYUDANTE DE OBRA
LUIS EMMIRO PONARE PONARE	AYUDANTE DE OBRA
ORLANDO FONSECA GOMEZ	AYUDANTE DE OBRA
RAFAEL ARCANGEL MENDEZ RIVAS	AYUDANTE DE OBRA
NESTOR JHAIR ALGARRA PEREZ	AYUDANTE DE OBRA
LEIDY CATHERINE SALCEDO RODRIGUEZ	ALMACENISTA
COSTMETH DAMIAN ZULUAGA BONILLA	AYUDANTE DE OBRA
JAIRO GAITAN GALINDO	AYUDANTE DE OBRA
ALFREDO RODRIGUEZ GUEVARA	AYUDANTE DE OBRA
NOELLY GALVIZ BENJUMEA	AUXILIAR SST
BILCEN REINA GALINDO	AYUDANTE DE OBRA
ANTONIO ENRIQUE JIMENEZ PEREZ	AYUDANTE DE OBRA
CHARLES BRAYAN REINA CAPA	AYUDANTE DE OBRA
CARMELO GAITAN PONARE	AYUDANTE DE OBRA

HECTOR CIPRIANO SANCHEZ ERRENUMA	AYUDANTE DE OBRA
FELIX LUIS SANCHEZ GONDELLEZ	AYUDANTE DE OBRA
LUIS GERARDO ALGARRA ALFONSO	CELADOR

Para la fecha del presente informe continuamos realizando la convocatoria para la consecución de las hojas de vida del personal operativo necesario para la ejecución de las actividades de la obra.

2.9. AFILIACION DE PERSONAL PROFESIONAL AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	EPS	ARL	AFP	CAJA DE COMPENSACION
JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS	86.072.395	DIRECTOR DE OBRA	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
WILSON ANDRES LEAL DIAZ	86.062.674	RESIDENTE DE OBRA	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS	86.072.395	ASESOR ESTRUCTURAL	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
KAREN ASTRITH DIAZ CASTRO	1.121.958.635	ASESOR EN INGENIERIA AMBIENTAL	FAMISANAR	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
EDITH YOLANDA HERNANDEZ SABOGAL	1.122.118.138	COORDINADOR DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO	SANITAS	POSITIVA	COLFONDOS	COMCAJA
DAVID ALEJANDRO VASQUEZ PEÑA	1.020.761.432	ARQUITECTO	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
ANDREA DEL PILAR BALLEN	32.264.916	COORDINADORA DE LOGISTICA	SANITAS	POSITIVA	PROTECCION	COMCAJA

2.10. AFILIACION DE PERSONAL OPERATIVO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	EPS	ARL	AFP	CAJA DE COMPENSACION
HECTOR FABIO SERNA SERNA	17.304.466	CADENERO	CAPITAL SALUD	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
JOSE DEL CARMEN MOYANO LEON	86.731.110	CONDUCTOR	NUEVA EPS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
ARISTIDEZ HERNAN LARROSA GONZALEZ	1.125.010.065	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	COLPENSIONES	COMCAJA
JOSE ENRIQUE PONARE	5.722.870	AYUDANTE DE OBRA	NUEVA EPS	POSITIVA	COLPENSIONES	COMCAJA
CIRO JAIR ARANGO CASTILLO	1.124.993.310	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	COLPENSIONES	COMCAJA
LUIS EMMIRO PONARE PONARE	1.124.998.948	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
ORLANDO FONSECA GOMEZ	1.127.382.860	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
RAFAEL ARCANGEL MENDEZ RIVAS	1.124.991.167	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
NESTOR JHAIR ALGARRA PEREZ	1.124.993.341	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
LEIDY CATHERINE SALCEDO RODRIGUEZ	1.192.772.735	ALMACENISTA	MALLAMAS	POSITIVA	PROTECCION	COMCAJA
COSTMETH DAMIAN ZULUAGA BONILLA	1.125.002.345	AYUDANTE DE OBRA	NUEVA EPS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
JAIRO GAITAN GALINDO	1.006.950.328	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
ALFREDO RODRIGUEZ GUEVARA	1.124.990.520	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
NOELLY GALVIZ BENJUMEA	1.124.997.772	AUXILIAR SST	NUEVA EPS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA

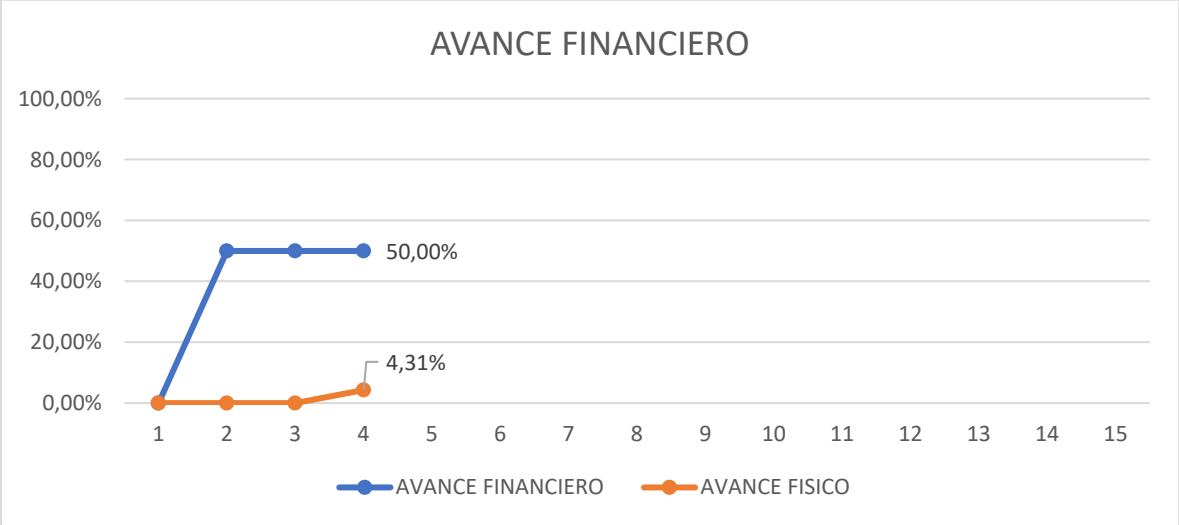
BILCEN REINA GALINDO	6.848.517	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
ANTONIO ENRIQUE JIMENEZ PEREZ	1.125.007.320	AYUDANTE DE OBRA	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
CHARLES BRAYAN REINA CAPA	1.124.990.631	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
CARMELO GAITAN PONARE	1.121.709.789	AYUDANTE DE OBRA	NUEVA EPS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
HECTOR CIPRIANO SANCHEZ ERRENUMA	1.006.951.188	AYUDANTE DE OBRA	MALLAMAS	POSITIVA	PORVENIR	COMCAJA
FELIX LUIS SANCHEZ GONDELLEZ	8.190.705	AYUDANTE DE OBRA	CAJA COPI	POSITIVA	COLPENSIONES	COMCAJA
LUIS GERARDO ALGARRA ALFONSO	11.280.464	CELADOR	MALLAMAS	POSITIVA	COLPENSIONES	COMCAJA

2.11. MAQUINARIA

Para el presente periodo se utilizó una retroexcavadora para la demolición de muros en ciertas ubicaciones del Hospital.

3. FINANCIERO

En el presente periodo el Consorcio HDC cuenta con Diez Mil Cuatrocientos Veintiocho Millones Cuatrocientos Veintitrés Mil Ciento Doce Pesos M/CTE ($10,428,423,112.00) entregados por la entidad contratante Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E. Sede Puerto Carreño por concepto de anticipo el cual será amortizado en las actas parciales que tramite el consorcio de acuerdo al contrato firmado por las partes.



Actualmente el Consorcio HDC no ha tramitado actas parciales a la entidad contratante.

3.1. CONTROL DE INVERSION DEL ANTICIPO

Para el presente periodo se elaboraron órdenes de pago los cuales fueron invertidos de acuerdo a los rubros relacionados en el plan de inversión del anticipo previamente presentado, a continuación, se relacionan las ordenes de pagos emitidas a la fecha:

Orden	1. Pago de personal	2. Compra de equipos y repuestos	3. Transporte y alquiler de maquinaria	4. Compra de materiales y accesorios.	Estado
N° 1	$ 500,000,000.00				APROBADA
N° 2					**ANULADA**
N° 3			$ 110,240,000.00		APROBADA
N° 4				$ 99,000,000.00	APROBADA
N° 5				$ 78,750,000.00	APROBADA
N° 6			$ 560,000,000.00		APROBADA
N° 7			$ 99,840,000.00		APROBADA
N° 8	$ 350,000,000.00				APROBADA
N° 9			$ 34,806,447.00		APROBADA
N° 10					**ANULADA**
N° 11				$ 24,575,412.43	APROBADA
N° 12				$ 101,204,400.00	APROBADA
N° 13				$ 225,922,326.40	APROBADA
N° 14		$ 37,115,000.00			APROBADA
N° 15				$ 209,625,000.00	APROBADA

N° 16				$ 952,756,550.00	APROBADA
N° 17				$ 30,870,000.00	APROBADA
N° 18				$ 129,121,600.00	APROBADA
N° 19				$ 8,000,000.00	APROBADA
N° 20				$ 219,163,200.00	APROBADA
N° 21	$ 683,246,500.00				APROBADA
N° 22					**ANULADA**
N° 23				$ 137,500,000.00	APROBADA
N° 24				$ 15,040,000.00	APROBADA
N° 25				$ 39,481,373.00	APROBADA
N° 26				$ 36,745,470.00	APROBADA
N° 27				$ 284,722,200.00	APROBADA
N° 28				$ 1,120,500.00	APROBADA
N° 29				$ 270,000,000.00	APROBADA
N° 30			$ 16,320,000.00		APROBADA
N° 31			$ 13,320,000.00		APROBADA
N° 32			$ 47,521,408.00		APROBADA
N° 33			$ 40,000,000.00		APROBADA
N° 34			$ 294,367,000.00		APROBADA
N° 35				$ 439,270,000.00	APROBADA
N° 36				$ 25,683,000.00	APROBADA
N° 37				$ 6,500,504.00	APROBADA
N° 38			$ 10,320,000.00		APROBADA
N° 39			$ 16,320,000.00		APROBADA
N° 40			$ 4,680,000.00		APROBADA
N° 41		$ 4,500,000.00			APROBADA
N° 42				$ 15,249,850.00	APROBADA
N° 43			$ 20,706,000.00		APROBADA
N° 44			$ 4,680,000.00		APROBADA
N° 45			$ 12,920,000.00		APROBADA
N° 46				$ 12,750,000.00	APROBADA
N° 47		$ 5,500,000.00			APROBADA
N° 48				$ 14,400,500.00	APROBADA
SUB-TOTAL	$ 1,533,246,500.00	$ 47,115,000.00	$ 1,286,040,855.00	$ 3,377,451,885.83	
VALOR X RUBRO	$ 3,337,095,395.84	$ 312,852,693.36	$ 2,085,684,622.40	$ 4,692,790,400.40	

SALDO X RUBRO	$ 1,803,848,895.84	$ 265,737,693.36	$ 799,643,767.40	$ 1,315,338,514.57	
SALDO				$ 4,184,568,871.17	

A continuación, se relacionan los saldos por rubro de acuerdo al plan de inversión del anticipo presentado:

No.	DESCRIPCION	VALOR	PORCENTAJE
1	Pago de salarios y jornales	$3,337,095,395.84	32%
2	Compra de equipos y repuestos	$312,852,693.36	3%
3	Transporte y alquiler de maquinaria	$2,085,684,622.40	20%
4	Compra de materiales y accesorios	$4,692,790,400.40	45%
	TOTALES	$10,428,423,112.00	100%

3.2. AVANCE FINANCIERO

A continuación, se relaciona el cuadro de control presupuestal del contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023 firmado con el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. de Puerto Carreño.

CONCEPTO	VALOR	FECHA	PORCENTAJE	
VALOR CONTRATO INICIAL	$ 20.856.846.224,00	28/12/2023		
VALOR GIRADO ANTICIPO	$ 10,428,423,112.00	13/02/2024		50%
TOTAL, AVANCE FINANCIERO	$ 10,428,423,112.00			50%

3.3. CONTROL PRESUPUESTAL

A la fecha no se ha generado cobros de actas parciales de obra.

ACTA No	% EJECU	FECHA	EGRESO	VALOR ACTA PAGO MENSUAL	VALOR NETO PAGO
			TOTALES		

4. INFORMACION LEGAL

4.1. CONTROL DE LICENCIAS, PERMISOS Y LEGALIZACION DE PREDIOS

El contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023 cuenta con licencia de construcción SPIM-05-2023, con fecha 11 de diciembre de 2023. La cual se anexa al presente informe y se realizará la respectiva instalación de la vaya informativa.

5. INCONVENIENTES PRESENTADOS DURANTE EL PERIODO.

Para el presente periodo se da inicio de forma parcial a la ejecución de actividades de desmontes y demolición en las instalaciones del Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E. Sede Cumaribo, mientras el hospital iba ejecutando el plan de contingencia para el traslado de sus instalaciones.

6. CONCLUSIONES

- En el presente periodo se han enviado ordenes de pago para la compra de materiales para el inicio de la ejecución física del contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023.

- Se realiza la compra del 100% de los materiales requeridos para la ejecución del contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023, esto se evidencia en el subcapítulo de control de inversión del anticipo. Todos los desembolsos han sido aprobados por la interventoría.

- Se da inicio al proceso de contratación de personal operativo para la ejecución de obra física, la cual se iniciará con la demolición de la infraestructura actual de Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

- Se genera el presente informe cumpliendo la cláusula segunda del contrato, obligación 8. *“Rendir y elaborar informes, conceptos, estudios y demás trabajos que se soliciten en el desarrollo del contrato.”.*

- Se hizo entrega de los elementos de protección personal al personal operativo con el que conto el consorcio HDC en el presente periodo.

- Se realizo la afiliación pertinente del personal operativo al sistema de seguridad social.

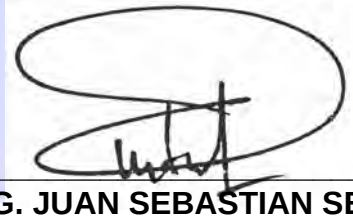
- Se realizo la construcción del centro de acopio y bodega de materiales. En este se han acopiado parte de los materiales que Consorcio HDC a transportado al municipio de Cumaribo – Vichada.

- El Consorcio HDC cuenta con inventario de materiales suficientes para el inicio de la construcción del nuevo Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

- Actualmente el avance de obra ejecutado para este periodo es del 4.31% generando un avance de obra ejecutado acumulado del 4.31%. Para el presente periodo se tenia programado un avance de obra del 3.43% el cual genera un avance de obra programado acumulado del 4.40%.

- Se presenta un leve atraso en el avance físico del 0.09% debido a que las actividades de demolición y desmonte en las instalaciones del Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E. Sede Cumaribo se inician de forma parcial, mientras el hospital iba ejecutando el plan de contingencia para el traslado de sus instalaciones.

- En el presente periodo se continua el envió de materiales para la ejecución de actividades contractuales.



ING. JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS
Representante Legal
Consorcio HDC

7. ANEXOS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG- SST

INFORME DE SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

N° 4

CONTRATANTE:

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUAMRIBO VICHADA

CONTRATISTA

CONSORCIO HDC

NIT:901.783.555

OBJETO:

REPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUAMRIBO VICHADA

CONTRATISTA

CONTRATO

2374_2023

Contenido

INTRODUCIÓN 4
OBJECTIVO GENERAL 5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 5
MARCO LEGAL 6
CICLO PHVA 7
ACTIVIDADES 8
Objetivos 8
Objetivos Específicos 8
ACTIVIDADES EJECUTADAS 8
AFILIACIÓN A ARL 9
ACCIDENTES DE TRABAJO 10
INDUCCIÓN DE TRABAJO EN SST. 11
..... 11
ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 11
CHARLAS DE SEGURIDAD 14
SEGUIMIENTO AUSENTISMO LABORAL 15
MEDIDAS DE CONTROL Y CUMPLIMIENTO 15
EVIDENCIA AFILIACIÓN ARL 17

Índice de imágenes

Imagen 1 accidentes de trabajo del mes de abril *10*
Imagen 2 inducción de trabajo
Imagen 3 inducción de trabajo *11*
Imagen 4 entrega de dotación
Imagen 5 entrega de dotación *13*
Imagen 6 entrega de EPP
Imagen 7 Entrega de EPP *13*
Imagen 8 entrega de EPP
Imagen 9 Entrega de EPP *13*
Imagen 10 CHARLA DE 5MN CASCOS *14*

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 ACTIVIDADES DE SST _____ *8*

Tabla 2 Afilaicion ARL _____ *9*

Tabla 3 Elementos de emergencias _____ ***¡Error! Marcador no definido.***

Tabla 4 Ausentismo del mes de marzo _____ *15*

INTRODUCIÓN

El proceso de implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en las empresas del sector de la construcción y la importancia que tiene en la prevención, promoción de la salud de los trabajadores; teniendo en cuenta que es este uno de los sectores con el mayor índice de accidentabilidad y consecución de enfermedades laborales. Partiendo del valor que tiene cada uno de los empleados en las organizaciones, se les debe suministrar una adecuada información que les permita identificar los riesgos a los que se exponen en la ejecución de sus actividades, es por ello que los empleadores deben implementar un SG-SST acorde con la naturaleza de la empresa y dando cumplimiento a los requisitos legales exigidos, de esta manera el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no es solo una obligación legal, sino también una estrategia de gran importancia para la gestión organizacional de las empresas, la promoción de ambientes sanos y el autocuidado como valor de vida.

Esto permite que el COSORCIO HDC de cumplimiento a los establecido en la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1443 de 31 de julio 2014, el Decreto Único Reglamentario del sector trabajo 1072 de 2015, la Resolución 1111 de 2017, requiere brindar a sus colaboradores condiciones óptimas de trabajo y dar cumplimiento a la normatividad como la Resolución 0312 (2019) y así establecer acciones de mejora puntuales que permitan alinearse a las metas establecidas en seguridad y salud en el trabajo (SST).

OBJECTIVO GENERAL

- Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades que se llevaran a cabo en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUAMRIBO VICHADA, llevando así la evaluación y control de los peligros, con el fin de evitar y prevenir la presencia de accidentes de trabajo, enfermedades de origen laboral y otras situaciones que afecten la calidad de vida de los trabajadores. teniendo en cuenta los requisitos definidos en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente y velar por el bienestar de los trabajadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Formular los procedimientos necesarios para desarrollar los elementos de Sistema de Gestión en seguridad y salud del trabajo SG-SST basado en el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)

- Ubicar y mantener a los trabajadores según sus aptitudes físicas y psicológicas, en ocupaciones que pueda desempeñar eficientemente sin poner en peligro su salud o la de sus compañeros.

- Fortalecer la cultura de la Seguridad y Salud en el Trabajo promoviendo el compromiso y liderazgo de todos los trabajadores y contratistas

- Cumplir con la normatividad legal vigente y demás reglamentaciones aplicables.

- Identificar, evaluar e intervenir en los diferentes factores de riesgos y peligros significativos para la salud de los trabajadores.

- Implementar un plan de prevención, respuesta y recuperación ante emergencias.

- Velar por la recuperación del trabajador y su calidad de vida mediante el proceso de reintegro laboral.
- Monitorear el desempeño del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST

- Identificación, evaluación y control de agentes contaminantes y factores de riesgo que produzcan Accidentes Laborales. (instalaciones, equipos, instrumentos, materiales y procedimientos).

- Promoción, prevención y control de la salud de funcionarios y colaboradores.

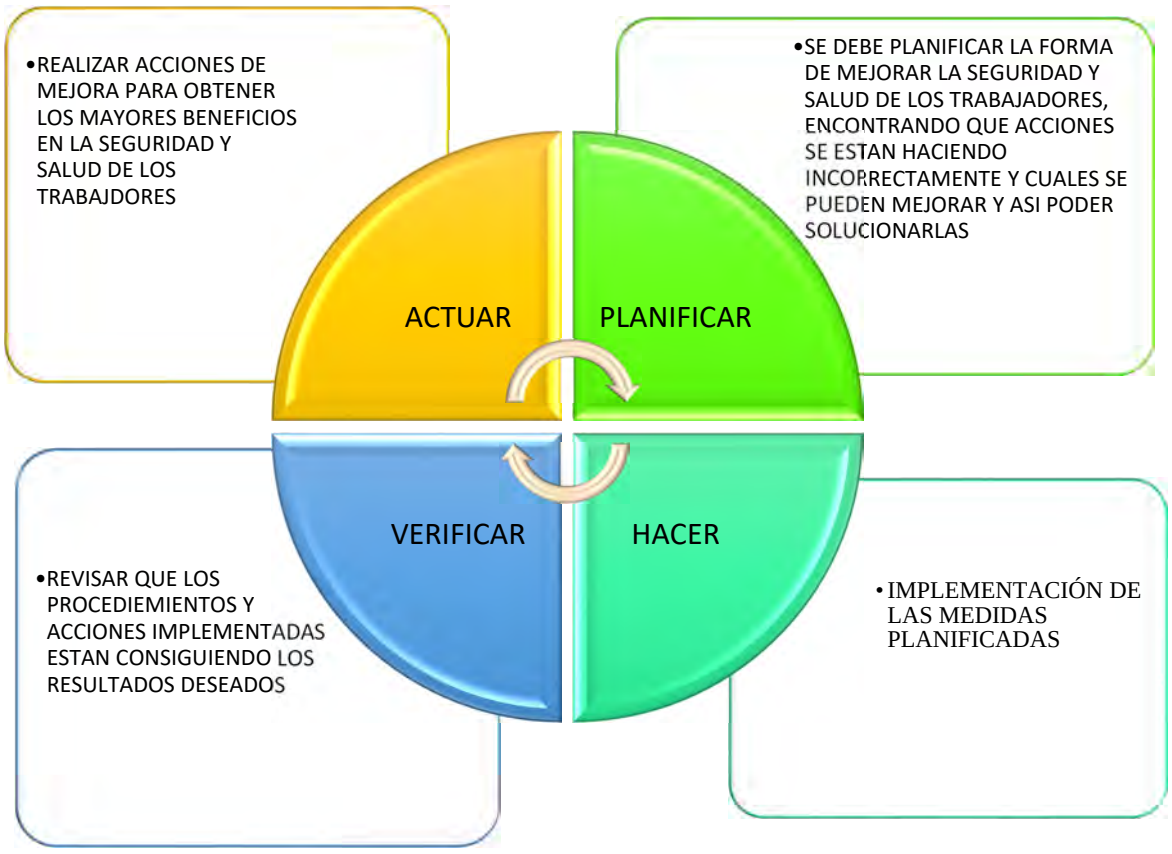
- Realizar exámenes médicos ocupacionales a todos los funcionarios; con el fin de detectar tempranamente alguna alteración en la salud que pueda dar origen a una enfermedad laboral o accidente de trabajo.

MARCO LEGAL

- Ley 1295 de 1994.
- Ley 1562 de 2012.
- Decreto 0723 de 2013.
- Decreto 1443 de 2014.
- Decreto 1072 de 2015.
- Resolución 1111 de 2017.
- Resolución 0312 de 2019
- ISO 7010:2012

CICLO PHVA

Teniendo en cuenta la importancia de prevenir las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo a los cuales están expuestos los trabajadores, el SG-SST más que una herramienta es un conjunto de procedimientos que permite desarrollar de manera organizada, las fases de PLANEAR, HACER, VERIFICAR y ACTUAR (ciclo PHVA), de la seguridad y salud en el trabajo para el CONSORCIO HDC.



ACTIVIDADES

Objetivos

Diseñar y estructurar un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST de CONSORCIO HDC con actividades dispuestas a cumplir un alto estándar de productividad con el fin de promover, mantener y mejorar las condiciones de salud, bienestar físico, mental y social de los trabajadores. De acuerdo a las necesidades establecidas para el mejoramiento de los ambientes laborales con el cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Objetivos Específicos

- Desarrollar las actividades de los diferentes subprogramas con el fin de mantener los ambientes labores en optas condiciones.
- Desarrollar planes de mejoras continuos con el objetivo de velar por el bienestar laboral de los colaboradores y contratistas.
- Cumplir con la normatividad legal vigente de seguridad y salud en el trabajo.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

ACTIVIDADES SST
Verificación de afiliación ARL, EPS Y AFP
Reporte de accidentes laborales
Seguimientos indicadores al SST
Entrega de implementos de seguridad y dotación
Seguimiento de ausentismo laboral

Tabla 1 ACTIVIDADES DE SST

AFILIACIÓN A ARL

Para el CONSORCIO HDC es de gran importancia cumplir con la normatividad legal vigente en la afiliación al sistema de riesgos profesionales, cuyo fin es proteger la salud de los trabajadores y atender las contingencias derivadas de las condiciones propias del trabajo para proteger, conservar la salud y seguridad de todos los trabajadores.

Cumpliendo con lo anterior adjuntamos lista de todos los trabajadores nuevos del mes abril.

Tipo Docu	Documen	Trabajador	Departam	Municip	Fecha ultim	Ries	Estad	Tipo vincula
CC	25002345	COSMETH DAMIAN ZULUAGA BONILLA	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	006951188	HECTOR CIPRIANO SANCHEZ ERRENUMA	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	35264916	ANDREA DELPILAR BALLEN PARRADO	VICHADA	CUMAR	19/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	24998948	LUIS EMIRO PONARE PONARE	VICHADA	CUMAR	24/04/2024	5	Activo	Dependiente
PT	5722870	JOSE ENRIQUE PONARE	VICHADA	CUMAR	24/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	24993310	CIRO JAIR ARANGO CASTILLO	VICHADA	CUMAR	24/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	27382860	ORLANDO FONSECA GOMEZ	VICHADA	CUMAR	24/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	25010065	ARISTIDEZ HERNAN LARROSA GONZALEZ	VICHADA	CUMAR	24/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	24991167	RAFAEL ARCANGEL MENDEZ RIVAS	VICHADA	CUMAR	24/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	24993341	NESTOR JHAIR ALGARRA PEREZ	VICHADA	CUMAR	24/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	92772735	LEYDY KATHERINE SALCEDO RODRIGUE	VICHADA	CUMAR	25/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	24997772	NOELLY GALVIZ BENJUMEA	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	11280464	LUIS GERARDO ALGARRA ALFONSO	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	24990520	ALFREDO RODRIGUEZ GUEVARA	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	25007320	ANTONIO ENRIQUE JIMENEZ PEREZ	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	21709789	CARMELO GAITAN PONARE	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	24990631	CHARLES BRAYAN REINA CAPA	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	6848517	BILCEN REINA GALINDO	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	8190705	FELIX LUIS SANCHEZ GONDELLEZ	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente
CC	006950328	JAIRO GAITAN GALINDO	VICHADA	CUMAR	30/04/2024	5	Activo	Dependiente

Tabla 2 Afiliación ARL

ACCIDENTES DE TRABAJO

Para EL CONSORCIO HDC es de gran importancia llevar el control e información sobre sucesos peligrosos e incidentes o accidentes y así establecer medidas de prevención y control para evitar la ocurrencia de riesgos profesionales.

Con esto damos a conocer el desarrollo de los acontecimientos y determinar por qué ha sucedido, para poder adoptar las medidas necesarias tendentes a que no se vuelva a repetir. Para el mes de abril no se registró ninguna novedad de accidentes.

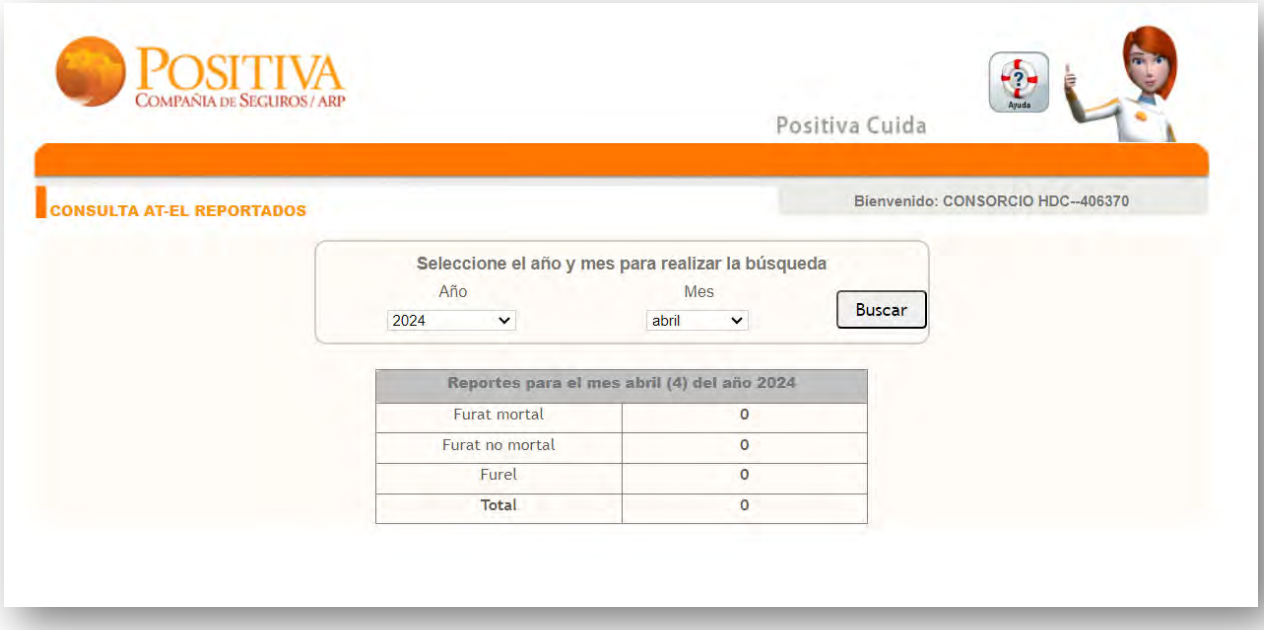


Imagen 1 accidentes de trabajo del mes de abril

INDUCCIÓN DE TRABAJO EN SST.

la normatividad (decreto 1443) nos indica que realicemos a todos los trabajadores una inducción y reinducción del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, la importancia de esto radica en que si se informa al personal de cómo se está actuando en temas de seguridad y salud en el trabajo podremos hacer que ellos se acoplen a todos aquellos programas y mecanismos de control a riesgos y así generar un ambiente de trabajo mucho más seguro.

Por ende, se realiza inducción con cada trabajador nuevo explicando todo lo concerniente a temas de Seguridad y Salud en el Trabajo.



Imagen 2 inducción de trabajo



Imagen 3 inducción de trabajo

ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CONSORCIO HDC garantiza a sus trabajadores su respectiva dotación y sus elementos de protección personal (EPP) que sea el adecuado y esté disponible, para proteger a la persona de todo peligro que pudiera causar lesión o enfermedad en sus tareas diarias. Es obligatorio que todos los trabajadores usen los equipos y vestimentas de trabajo proporcionados por la empresa. Los preserven, mantengan limpios y estén en condiciones seguras.

Los elementos de protección personal deben ser considerados como dispositivos de defensa de tipo personal, se debe concientizar a los trabajadores, que, sin el uso debido de estos elementos, están expuestos a una serie de contingencias y/o peligro.

Se hace entrega de dotación y elementos de protección a cada uno de los trabajadores del CONSORCIO HDC en el mes de abril se entrega.

Dotación	Cantidad
Camisa azul jean	1
Pantalón jean	1
Botas punta de acero	1 par

Tabla 3 Dotación consorcio HDC

Elementos de protección personal	Cantidad
Casco	1
Guantes	1
Tapabocas	1
Tapa oídos	1
Gafas negras	1

Tabla 4 Elementos de protección personal



Imagen 4 entrega de dotación



Imagen 5 entrega de dotación



Imagen 6 entrega de EPP



Imagen 7 Entrega de EPP



Imagen 8 entrega de EPP



Imagen 9 Entrega de E

CHARLAS DE SEGURIDAD

Las charlas de seguridad industrial o conocidas como charlas pre operativas tienen como objetivo ajustar los procesos y procedimientos de manera segura, que se van a ejecutar dentro de la jornada laboral. Esto con el fin de desarrollar las actividades previniéndola o mitigando la exposición al riesgo existente. En esta charla dimos a conocer el buen uso de los elementos de protección personal y lo importante que es llevar el casco bien puesto durante su jornada laboral. Frase del día, “el casco hace parte de mi cuerpo”.



Imagen 10 CHARLA DE 5MN CASCOS

SEGUIMIENTO AUSENTISMO LABORAL

El área SST se encarga de llevar un control de asistencia diaria del personal, esto por medio de un formato, en el cual nos ayuda a registrar el ausentismo de los trabajadores y nos permite llevar el control del indicador, que son de gran ayuda para la toma de decisiones en diferentes aspectos; para el mes de abril no se presentaron ausencias.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO	N° DE CEDULA	AUSENTISMO ABRIL																														
				1/04/2024	2/04/2024	3/04/2024	4/04/2024	5/04/2024	6/04/2024	7/04/2024	8/04/2024	9/04/2024	10/04/2024	11/04/2024	12/04/2024	13/04/2024	14/04/2024	15/04/2024	16/04/2024	17/04/2024	18/04/2024	19/04/2024	20/04/2024	21/04/2024	22/04/2024	23/04/2024	24/04/2024	25/04/2024	26/04/2024	27/04/2024	28/04/2024	29/04/2024	30/04/2024
1	CARMEN MOYANO	CC	86.731.110	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	ARISTIDEZ HERNAN	CC	1.125.010.065	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	JOSE ENRIQUE	PT	5.722.870	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	CIRO JAIR ARANGO	CC	1.124.993.390	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	PONARE POMARE	CC	1.124.998.948	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	FONSECA GOMEZ	CC	1.127.382.860	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	ARCANGEL MENDEZ	CC	1.124.991.167	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	JHAIR ALGARRA	CC	1.124.993.341	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	KATHERINE SALCEDO	CC	1.192.772.735	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	DAMIAN ZULUAGA	CC	1.125.002.345	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	JAIRO GAITAN GALINDO	CC	1.006.950.238	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	RODRIGUEZ GUEVARA	CC	1.124.990.520	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	NOELLY GALVIZ	CC	1.124.997.772	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	BILCEN REINA GALINDO	CC	6.849.511	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	ENRIQUE JIMENEZ	CC	1.125.007.320	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	BRAYAN REINA CAPA	CC	1.124.990.631	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	GAITAN PONARE	CC	1.121.703.783	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	CIPRIANO SANCHEZ	CC	1.006.951.988	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	FELIX LUIS SANCHEZ	CC	8.190.705	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	LUIS GERARDO ALGARRA	CC	11.280.464	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Tabla 5 Ausentismo del mes de marzo

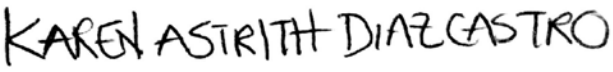
MEDIDAS DE CONTROL Y CUMPLIMIENTO

El CONSORCIO HDC vela por promover las actividades y el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, con el fin de brindar los elementos necesarios para proteger a los trabajadores y visitantes de los diversos riesgos, logrando así la disminución de accidentes de trabajo en la labor que desempeñen, con el objetivo de aplicar los requisitos normativos, legales, contractuales que deben cumplir todos los empleados, Contratistas y terceros en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución de sus actividades contractuales, deben cumplir con las normas y procedimientos de seguridad, con el fin de realizar un trabajo seguro y productivo.

Nota: dando cumpliendo a sistema de gestión y seguridad En el trabajo se comunica que se toman medidas y restricciones al ingreso de La obra;

- Es necesario el uso del siguiente equipo de protección personal (EPP) como es el casco, zapatos de seguridad.
- No está permitido zapatos abiertos con tacos, chatitas, sandalias, ropa adecuada, pantalones largos, no está permitido utilizar ropa extremadamente holgada**.**

EL NO CUMPLIMIENTO NO PODRÁ INGRESAR A LA OBRA



SISO - KAREN ASTRITH DIAZ CASTRO

EVIDENCIA AFILIACIÓN ARL

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	20	30/04/2024	CC 1124990520	RODRIGUEZ GUEVARA ALFREDO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B Certificado impreso el día 4/29/2024 5:03:52 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	21	30/04/2024	CC 1125007320	JIMENEZ PEREZ ANTONIO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR11 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 5:10:53 PM por el portal de empresas Edesk

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ARISTIDEZ HERNAN LARROSA GONZALEZ** identificado con **CC** No. **1125010065**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSORCIO HDC - N. 901783555	**Fecha de inicio de cobertura** : 24/04/2024 **Estado Afiliación**: ACTIVO **Tipo Vinculación**: TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo**: 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014437675.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Consorcio HDC 060

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	25	30/04/2024	CC 6848517	REINA GALINDO BILCEN	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MES_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañia de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 5:51:21 PM por el portal de empresas Edesk

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARMELO GAITAN PONARE** identificado con CC No. **1121709789**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSORCIO HDC - N. 901783555	**Fecha de inicio de cobertura :** 30/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014522056.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CHARLES BRAYAN REINA CAPA** identificado con CC No. **1124990631**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSORCIO HDC - N. 901783555	**Fecha de inicio de cobertura :** 30/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014522609.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	11	24/04/2024	CC 1124993310	ARANGO CASTILLO CIRO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

RES_4_1_3_PEIS v_M

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F33FC3555491CB1CD87882E020A860BC

Certificado impreso el día 4/23/2024 6:10:08 PM por el portal de empresas Edesk

Consorcio HDC

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	24	30/04/2024	CC 1125002345	ZULUAGA BONILLA COSMETH	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

#85_4_1_3_FR15 v_34

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 5:39:22 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206805		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	28	30/04/2024	CC 8190705	SANCHEZ GONDELLEZ FELIX	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

RES_4_1_3_FR13 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 6:13:13 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	22	30/04/2024	CC 1006951188	SANCHEZ ERRENUMA HECTOR	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

WS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 5:19:09 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	26	30/04/2024	CC 1006950328	GAITAN GALINDO JAIRO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 6:01:14 PM por el portal de empresas Edesk

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE ENRIQUE PONARE** identificado con **PT** No. **5722870**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSORCIO HDC - N. 901783555	**Fecha de inicio de cobertura :** 24/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014437824.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	17	25/04/2024	CC 1192772735	SALCEDO RODRIGUES LEYDY	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_PR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F41F950001A4ACC9559B9FAA23179870 Certificado impreso el día 4/24/2024 7:02:20 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	10	24/04/2024	CC 1124998948	PONARE PONARE LUIS	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IBS_4_1_1_FR11 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F33FC3555491CB1CD87882E020A860BC

Certificado impreso el día 4/23/2024 6:03:21 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	19	30/04/2024	CC 11280464	ALGARRA ALFONSO LUIS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 4:52:33 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	15	24/04/2024	CC 1124993341	ALGARRA PEREZ NESTOR	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F33FC3555491CB1CD87882E020A860BC

Certificado impreso el día 4/23/2024 6:27:16 PM por el portal de empresas Edesk

Consorcio HDC

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	18	30/04/2024	CC 1124997772	GALVIZ BENJUMEA NOELLY	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IMS_4_1_3_FR13 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A159B26FCD0089F22F83E7D386CEBC2B

Certificado impreso el día 4/29/2024 4:38:41 PM por el portal de empresas Edesk

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ORLANDO FONSECA GOMEZ** identificado con CC No. **1127382860**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSORCIO HDC - N. 901783555	**Fecha de inicio de cobertura :** 24/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014437708.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Consorcio HDC 075

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/04/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901783555	**Cédula Usuario:**	CC 86072395
Nombre:	CONSORCIO HDC				
Dirección:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO				
Departamento:	VICHADA		**Municipio:**	PUERTO CARREÑO	
Correo electrónico:	CONSORCIOHDC23@GMAIL.COM				
Teléfono:	3134206605		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 86072395	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	16	24/04/2024	CC 1124991167	MENDEZ RIVAS RAFAEL	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR11 v_M

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

F33FC3555491CB1CD87882E020A860BC

Certificado impreso el día 4/23/2024 6:31:28 PM por el portal de empresas Edesk

AFILAICIÓN SALUD

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**ALGARRA PEREZ NESTOR JHAIR**
Identificación:	**CC: 1124993341**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HDC**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2017-02-06**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2024-04-24**
Discapacidad:	**Ninguna**
Tipo Afiliación:	**Por Formulario Res. 974 de 2016**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.500**

Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

Consorcio HDC

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Código: AS-FR-001
Versión: 01
Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

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

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION del cotizante o cabeza de familia

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Rodriguez | Segundo Apellido: Guevara | Primer Nombre: Alfredo | Segundo Nombre:
7. Tipo de Documento de Identidad: CC
8. Número del documento de Identidad: 1.124990520
9. Sexo: Femenino | Masculino X
10. Fecha de Nacimiento: 28-02-1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia: N/A
12. Discapacidad: F N M | T P | Tipo | Condición
13. Puntaje Sisben: N/A
14. Grupo Población Especial: N/A
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000
18. Residencia
Dirección: cl 8 34-40 | Teléfono: 3118383555 | Correo electrónico: consorciohdc2024@gmail.com
Municipio/Distrito: cumaribo | Zona: Urbana X | Rural | Localidad/Corregimiento | Departamento: vichada.

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	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 EPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C
B
B
B

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

35. Nombre o razón social: consorcio hdc
36. Tipo de documento: Nit
37. Número del documento de identidad: 901783855
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. Dirección: cl 12 34 6-35 | Teléfono: 3222550414 | Correo electrónico: consorciohdc@gmail.com | Municipio/Distrito: cumaribo | Departamento: vichada.

III. REPORTE DE NOVEDADES

42. 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 suspensión en la EPS
  Código
- [ ] 6 Reincorporación 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 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 Regimen
- [ ] 15 Reporte de Fallecimiento
- [ ] 16 Reporte del traslado de protección al cesantía
- [ ] 17 Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 18 Reporte de calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Rodriguez	Guevara	Alfredo	

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de Nacimiento	Fecha
CC	1712490520		X	23-02-1989	30-04-2024

43. EPS anterior	44. Motivo traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Comfaca

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 inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza a familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Alfredo Rodriguez Guevara

51. El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la Afiliación colectiva o Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	☐								

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 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 padres
- [ ] 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificado 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 SISBEN: 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 del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

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

Consorcio HDC

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL RGSSS

Codigo: AS-FR-001
Versión: 01
Vigencia: 28/07/2017

No. de Radicación:

Fecha de Radicación:

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

Codigo (a registrar por la EPS):

A. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido: Jimenez | Segundo Apellido: Perez | Primer Nombre: Antonio | Segundo Nombre: Enrique

7. Tipo de Documento de Identidad: CC

8. Numero del documento de Identidad: 1.125007320

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de Nacimiento: 15-10-2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia: N/A

12. Discapacidad: F N M T P; Tipo [ ] [ ] [ ] Condicion [ ] [ ]

13. Puntaje Sisben: N/A

14. Grupo Población Especial: N/A

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1300.000

18. Residencia

Direccion: SANTA TERESITA | Telefono: 3186383555 | Correo electrónico: CONSORCIOHDC@GMAIL.COM

Municipio/Distrito: CUMARIBO | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna: | Departamento: VICHADA.

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conyugué o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad | 21. Numero 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. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del Documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condicion T	Condicion P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razon social: CONSORCIO HDC

36. Tipo de documento: NIT

37. Numero del documento de identidad: 90 783555

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

39. Ubicacion: Direccion: CALLE 23 #6-35 SANTA TERESITA | Telefono: 3222554144 | Correo electrónico: consorciohdc@gmail.com | Municipio/Distrito: cumaribo | Departamento: vichada.

Consorcio 080 HDC

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 suspensión en la EPS
  Código
- [ ] 6. Reincorporación 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 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 Regimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del traslado de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
JIMENEZ	FLOREZ	ANTONIO	ENRIQUE

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha
CC	1125007320	Femenino [ ] Masculino [X]	15-10-2003	30-04-24

43. EPS anterior	44. Motivo traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		COMFAGUAJIRA

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 intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza a familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envié información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El Cotizante, Cabeza de familia o beneficiario — Antonio E. J.F

55. El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la Afiliación colectiva o fenfuncional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total:
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 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 y el certificado de defunción de los padres y la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificado 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 SISBEN 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 del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

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

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	LARROSA GONZALEZ ARISTIDEZ HERNAN
Identificación:	CC: 1125010065
Tipo Cotizante:	Dependiente
Aportante:	CONSORCIO HDC
Municipio:	CUMARIBO
IPS Asignada:	IPS MATAVEN SALUD SAS - PRINCIPAL
Estado:	Activo
Fecha de Afiliación:	2022-12-15
Regimen:	Contributivo
Fecha Aplicación Relación :	2024-04-24
Condición Discapacidad:	N
Tipo Discapacidad:	NA
Tipo Afiliación:	Por Formulario Res. 974 de 2016
Nivel :	A
Cuota moderadora :	$4.500

Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Código: AA-F18.001
Versión: 01
Vigencia: 26/02/2015

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

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

2. Tipo de Trámite: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido: Reina | Segundo Apellido: Galindo | Primer Nombre: Bilcen | Segundo Nombre:

7. Tipo de Documento de Identidad: CC

8. Número del documento de Identidad: 6B48517

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de Nacimiento: 10-12-1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia: N/A

12. Discapacidad: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] | Condicion T [ ] P [ ]

13. Puntaje Sisben: N/A

14. Grupo Población Especial: N/A

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000

18. Residencia

Dirección: SANTA TERESITA | Teléfono: 3118383555 | Correo electrónico: CONSORCIOHDC@GMAIL.COM

Municipio/Distrito: CUMARIBO | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: VICHADA.

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

Datos Complementarios

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

	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Telefono 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 institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: CONSORCIO HDC | 36. Tipo de documento: NIT | 37. Número del documento de identidad: 900.783.555 | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. Ubicación: 23#6135 BOSA | Teléfono: 3212582414 | Correo electrónico: CONSORCIOHDC@GMAIL.COM | Municipio/Distrito: CUMARIBO | Departamento: VICHADA.

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
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de 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 traslado de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
REINA	GANDO	BILCEN	

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de Nacimiento	Fecha
CC	6.848.597	[ ]	X	10-12-1930	30-01-2024

43. EPS anterior	44. Motivo traslado — Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		COMFAJA.

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 intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la afiliación colectiva o institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	PEP	SC
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Total

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 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 jurada por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificado 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 SISBEN — 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 del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 30/04/2024, el empleador CONSORCIO HDC identificado con NIT número 901783555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7108206	30/04/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1121709789	CARMELO GAITAN PONARE	1300000	AYUDANTE DE OBRA	2024-04-30

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Abril del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES (Ley 1438/2011)

Codigo: AS-FR-001
Versión: 01
[illegible]: 18/07/2017

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I DATOS DEL TRAMITE

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

2 Tipo de Tramite: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] A. Individual - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]

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

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

5 Tipo de novedad: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

Codigo (a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

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

6 Apellidos y nombres

Primer Apellido: Reina | Segundo Apellido: Cabal | Primer Nombre: charles | Segundo Nombre: Brayan

7 Tipo de Documento de Identidad: Cc

8 Numero del documento de Identidad: 1.124490631

9 Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10 Fecha de Nacimiento: 11-04-2001

III DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11 Etnia: N/A

12 Discapacidad: F N M T P — Tipo [ ] [ ] [ ] Condicion [ ] [ ]

13.Puntaje Sisben: N/A

14.Grupo Poblacion Especial: N/A

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva

16.Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotizacion - IBC: 1.300.000

18 Residencia

Direccion: Alcaraban | Telefono: 3118383555 | Correo electronico: consorchdc@gmail.com

Municipio/Distrito: Comaribo | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: uchada.

IV DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia

19 Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20 Tipo de Documento de Identidad | 21. Numero 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del Documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos Complementarios

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

	32. Lugar de Residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

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

V DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razon social: Consorcio hdc | 36. Tipo de documento: Nit | 37 Número del documento de identidad: 901.783.555 | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. Ubicacion: calle 23#6-35 barrio santa teresita | Telefono: 3222550414 | correo electronico: consorchdc@gmail.com | Municipio/Distrito: Comaribo | Departamento: uchada.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  - Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de 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 Regimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del traslado de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 18. Reporte de calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Reina	capa	charles	balan

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de Nacimiento	Fecha
cc	1124990631		X	11-04-2001	30-04-2024

43. EPS anterior	44. Motivo traslado / Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		comcaja ur

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 UNIÓN MARITAL O UNIÓN MARITAL DE HECHO QUE IMPIDE LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA CONDICIÓN DE BENEFICIARIOS
- [ ] 49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza o familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la Afiliación colectiva o Institucional o de Oficio
Reina capa charles	

IX. ANEXOS

56. Copia del documento de identidad

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 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 padres.
- [ ] 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificado 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 SISBEN: 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 del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

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

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**ARANGO CASTILLO CIRO JAIR**
Identificación:	**CC: 1124993310**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HDC**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2021-05-14**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2024-04-24**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.500**

Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 30/04/2024, el empleador CONSORCIO HDC identificado con NIT número 901783555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7108920	30/04/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1125002345	COSTMETHDAMIAN ZULUAGA BONILLA	1300000	AYUDANTE DE OBRA	2024-04-30

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Abril del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

Consorcio HDC 089

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Codigo: AS-FR-001
Versión: 01
Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicación:
Fecha de Radicación:

I. DATOS DEL TRAMITE

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

A. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Sanchez | Segundo Apellido: ERRENUMA | Primer Nombre: HECTOR | Segundo Nombre: CIPRIANO
7. Tipo de Documento de Identidad: CC
8. Número del documento de Identidad: 1006951188
9. Sexo: Femenino Masculino X
10. Fecha de Nacimiento: 02-02-1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia: N/A
12. Discapacidad: Tipo F N M; Condicion T P
13. Partaje Sisben: N/A
14. Grupo Población Especial: N/A
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de Pensiones: FORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000
18. Residencia
Dirección: Santa teresita. Teléfono: 3118388555 Correo electrónico: seguridadconsorcohdc@gmail.com
Municipio/Distrito: Cumaribo Zona: Urbana X Rural
Localidad/Comuna: Departamento: Vichada.

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificacion del conyugue 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del Documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
24.1									
24.2									
24.3									
24.4									
24.5									

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
24.1													
24.2													
24.3													
24.4													
24.5													

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 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: consorcio hdc
36. Tipo de documento: NIT
37. Número del documento de identidad: 901783 555
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. Ubicación: Dirección: calle 3 N° 6-35 Teléfono: 3113838555 Correo electrónico: Consorciohdc@gmail.com Municipio/Distrito: cumaribo Departamento: vichada.

40 Tipo de Novedad

1. Identificación 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 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 traslado de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pensionado
18. Reporte de calidad de Pensionado

VI DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sanchez	Errenuna	nesty	apriano

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha
Cc	1006951188	Femenino ☐ Masculino X	02-02-1997	30/04/2024

43 EPS anterior	44 Motivo Traslado Código	45 Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Comfaguajira.

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 ocurrencia 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 retención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII FIRMAS

Hector Sanchez

54 El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, Aportante o Entidad Responsable de la afiliación colectiva o Institucional o de Oficio

IX ANEXOS

56 Copia del documento de identidad:

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación
o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
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 padres
63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificado 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 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 la firma al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII (Declaraciones y Autorizaciones), así como la veracidad de la demás información registrada

Consorcio HDC 091

DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite — 1. Afiliación [X] 2. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Trámite — A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ]; - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]

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

4. Tipo de afiliado — A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante — A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

Apellidos y nombres

Primer Apellido: Gaitan | Segundo Apellido: galindo | Primer Nombre: jairo | Segundo Nombre:

6. Tipo de Documento de Identidad: CC | 8. Número del documento de Identidad: 1006950323 | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de Nacimiento: 01-02-1986

DATOS COMPLEMENTARIOS

Otros Personales

11. Etnia: N/A | 12. Discapacidad: F N M T P — Tipo [ ] [ ] [ ] Condicion [ ] [ ] | 13. Puntaje Sisben: N/A | 14. Grupo Población Especial: N/A

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA | 16. Administradora de Pensiones: PORVENIR | 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000

18. Residencia

Dirección: Santa teresita | Teléfono: 3222554114 | Correo electrónico: consorciohdc2024@gmail.com

Municipio/Distrito: cumbo | Zona: Urbana [ ] Rural [X] | Localidad/Corregimiento: | Departamento: Ucha da

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugue 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
31				
32				
33				
34				
35				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del Documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
31					
32					
33					
34					
35					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad — Tipo F	N	M	Condición T	P
31							
32							
33							
34							
35							

	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 EPS)
31						
32						
33						
34						
35						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razon social: consorciohdc | 36. Tipo de documento: NIT | 37. Número del documento de identidad: 901.783.555 | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

39. Ubicación: CH2B#6-35 (Dirección) | 3222554114 (Teléfono) | consorciohdc@gmail.com (Correo electrónico) | cumbo (Municipio/Distrito) | Ucha da (Departamento)

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
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de 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 tránsito de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gaitan	Galindo	Jairo	

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo: Femenino ☐	Masculino ☒	Fecha de Nacimiento	Fecha
CC	1006950			04-02-1986	30-04-24

43. EPS anterior	44. Motivo traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Concyca

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 relación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario: Jairo galindo

55. El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la Afiliación colectiva o Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia del documento de identidad:

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de invalidez permanente, emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 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 juramentada por el cotizante sobre la muerte de los padres
- [ ] 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificado 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 SISBEN 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 del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

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

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/04/2024, el empleador CONSORCIO HDC identificado con NIT número 901783555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7090134	24/04/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
PERMISO POR PROTECCIÓN	5722870	JOSE ENRIQUE PONARE	1300000	AYUDANTE DE OBRA	2024-04-24

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Abril del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**SALCEDO RODRIGUEZ LEYDY KATHERINE**
Identificación:	**CC: 1192772735**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HDC**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2012-05-18**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2024-04-25**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.500**

Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**PONARE PONARE LUIS EMIRO**
Identificación:	**CC: 1124998948**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HDC**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2017-02-01**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2024-04-24**
Discapacidad:	**Ninguna**
Tipo Afiliación:	**Masiva ley 691 de 2001**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.500**

Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

EPS INDIGENA MALLAMAS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Codigo: AS-FR-001
Version: 01
Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicado | Fecha de Radicación

I DATOS DEL TRAMITE

1 Tipo de Trámite: A Afiliación X B Reporte de Novedades
2 Tipo de Tramite: - Cotizante o Cabeza de Familia: A Individual - Beneficiario o afiliado adicional: B Cotizante | C Institucional | D de oficio
3 Regimen: A Contributivo X B Subsidiado
4 Tipo de afiliado: A Cotizante | B Cabeza de familia | C Beneficiario
5 Tipo de cotizante: A Cotizante | B Cabeza de familia | C Beneficiario
Codigo (a registrar por la EPS)

A AFILIACION

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

6 Apellidos y nombres
Primer Apellido: LUS | Segundo Apellido: gerardo | Primer Nombre: Algaira | Segundo Nombre: Alfonso.
7 Tipo de Documento de Identidad: CC
8 Numero del documento de Identidad: 1128 0464
9 Sexo: Femenino | Masculino X
10 Fecha de Nacimiento: 30-MAYO-1 98

III DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11 Etnia: N/A
12 Discapacidad: Tipo F N M | Condicion T P
13 Pueblo Soton: NA
14 Grupo Poblacion Especial: NA
15 Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
16 Administradora de Pensiones: COLPENSIONES
17 Ingreso base de cotizacion - IBC: 1.300.000
18 Residencia
Direccion: Resguardo | Telefono: 3118383555 | Correo electronico: Segundaconsorciohdc2024@gmail.com
Municipio/Distrito: Comaribo | Zona: Urbana X Rural | Localidad/Corregimiento | Departamento: Uchada.

IV DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificacion del conyugue o compañero(a) permanente cotizante

19 Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20 Tipo de Documento de Identidad | 21 Numero del documento de Identidad | 22 Sexo: Femenino | Masculino | 23 Fecha de Nacimiento

Datos basicos de identificacion 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 Numero del Documento de identidad | 27 Sexo: Femenino | Masculino | 28 Fecha de nacimiento

Datos Complementarios

29 Parentesco | 30 Etnia | 31 Discapacidad: Tipo F N M | Condicion T P
32 Datos de Residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Telefono Fijo y/o celular | 33 Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

34 Nombre de la institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C
B
D
E

V DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35 Nombre o razon social: consorcio hdc.
36 Tipo de documento: NIT
37 Numero del documento de identidad: 901783555
38 Tipo de aportante o pagador de pensiones
39 Direccion: 23#6 santa teresita .25 | Telefono: 3222554114 | Correo electronico: consorciohdc@gmail.com | Municipio/Distrito: comaribo | Departamento: uchada.

40 Tipo de Novedad

1 Modificación de datos básicos de identificación
2 Corrección de datos básicos de identificación
3 Actualización del documento de identidad
4 Actualización y corrección de datos complementarios
5 Terminación de la inscripción en la EPS
Código
6 Reinscripción en la EPS
7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10 Terminación de 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 cuenta de protección al cesante
17 Reporte de la calidad de Prepensionado
18 Reporte de calidad de Pensionado

VI DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Algarra	Alfonso	luis	gerardo.

Tipo de Documento de Identidad	Número del Documento de Identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de Nacimiento	Fecha
CC	1.280.464		X	30-MAY-1968	30-04-2024

43 EPS anterior	44 Motivo traslado Código	45 Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		comfaca

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 inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
50 Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51 Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley funciones la requieran
52 Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013
53 Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII FIRMAS

54 El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario: Gerardo Algarra

55 El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la Afiliación colectiva o Institucional o de Oficio

IX ANEXOS

56 Copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad									

57 Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente
58 Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
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 notarial, por el cotizante sobre la ausencia de los padres
63 Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64 Certificado 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 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 la firma al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII (Declaraciones y Autorizaciones), así como la veracidad de la demás información registrada

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**ALGARRA PEREZ NESTOR JHAIR**
Identificación:	**CC: 1124993341**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HDC**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2017-02-06**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2024-04-24**
Discapacidad:	**Ninguna**
Tipo Afiliación:	**Por Formulario Res. 974 de 2016**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.500**

Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**FONSECA GOMEZ ORLANDO**
Identificación:	**CC: 1127382860**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HDC**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**IPS MATAVEN SALUD SAS - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2017-02-01**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2024-04-24**
Discapacidad:	**Ninguna**
Tipo Afiliación:	**Masiva ley 691 de 2001**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.500**

Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**MENDEZ RIVAS RAFAEL ARCANGEL**
Identificación:	**CC: 1124991167**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HDC**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**IPS MATAVEN SALUD SAS - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2012-05-18**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2024-04-24**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.500**

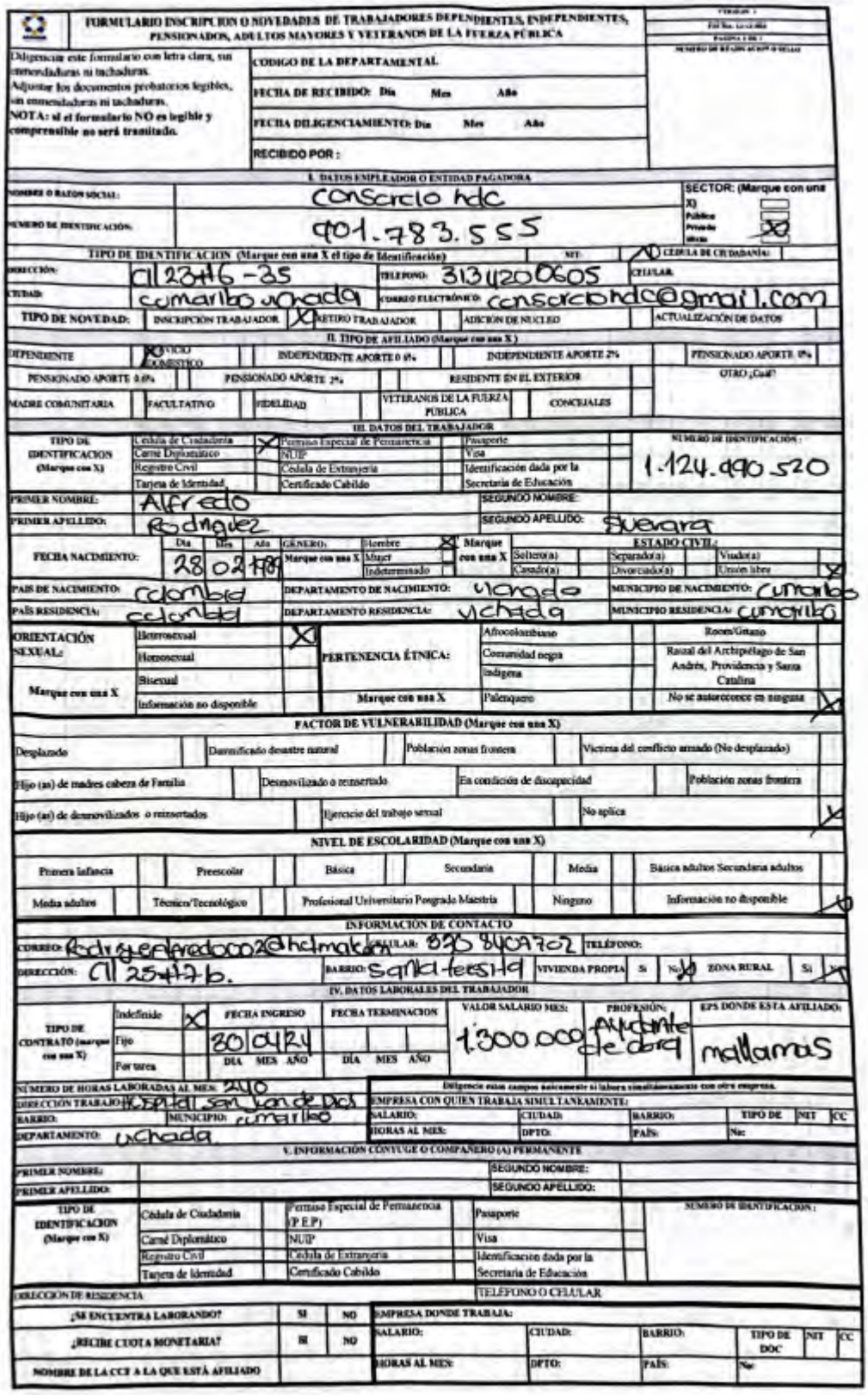
Observación :

Dada el lunes, 29 de abril de 2024

Cordialmente

ERICK LEONARDO CASTAÑO RUIZ

AFILIACION CONCAJA



FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: consorcio hdc
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.783.555
SECTOR: (Marque con una X) Pública [ ] Privada [X] Mixta [ ]
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT [ ] CEDULA DE CIUDADANIA [X]
DIRECCIÓN: cl 23#6-35 TELEFONO: 3131200605 CELULAR:
CIUDAD: cumaribo vichada CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR [ ] RETIRO TRABAJADOR [X] ADICIÓN DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [X] CICLO ECONOMICO | INDEPENDIENTE APORTE 0 0% [ ] | INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ] | PENSIONADO APORTE 0% [ ]
PENSIONADO APORTE 0.6% [ ] | PENSIONADO APORTE 2% [ ] | RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ] | OTRO ¿Cual?
MADRE COMUNITARIA [ ] | FACULTATIVO [ ] | FIDELIDAD [ ] | VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ] | CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cedula de Ciudadanía [ ] | Permiso Especial de Permanencia [X] | Pasaporte [ ]
Carné Diplomático [ ] | NUIP [ ] | Visa [ ]
Registro Civil [ ] | Cédula de Extranjería [ ] | Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
Tarjeta de Identidad [ ] | Certificado Cabildo [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1.124.990.520

PRIMER NOMBRE: Alfredo
SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: Rodriguez
SEGUNDO APELLIDO: Suarez

FECHA NACIMIENTO: Día 28 Mes 02 Año 1988
GENERO: Marque con una X — Hombre [X] Mujer [ ] Indeterminado [ ]
ESTADO CIVIL: Marque con una X — Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Unión libre [X]
PAIS DE NACIMIENTO: colombia
DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: vichada
MUNICIPIO DE NACIMIENTO: cumaribo
PAÍS RESIDENCIA: colombia
DEPARTAMENTO RESIDENCIA: vichada
MUNICIPIO RESIDENCIA: cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X — Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]
PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X — Afrocolombiano [ ] | Comunidad negra [ ] | Indígena [ ] | Palenquero [ ] | Room/Gitano [ ] | Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] | No se autoreconoce en ninguna [X]

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ] | Damnificado desastre natural [ ] | Población zonas frontera [ ] | Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ] | Desmovilizado o reinsertado [ ] | En condición de discapacidad [ ] | Población zonas frontera [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ] | Ejercicio del trabajo sexual [ ] | No aplica [X]

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ] | Preescolar [ ] | Básica [ ] | Secundaria [ ] | Media [ ] | Básica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ] | Técnico/Tecnológico [ ] | Profesional Universitario Posgrado Maestría [ ] | Ninguno [ ] | Información no disponible [ ]

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: Rodriguezalfredo2002@hotmail.com CELULAR: 320 8409702 TELÉFONO:
DIRECCIÓN: cl 25#7b. BARRIO: Santa teresita VIVIENDA PROPIA Si [ ] No [X] ZONA RURAL Si [ ] No [X]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X): Indefinido [X] | Fijo [ ] | Por tarea [ ]
FECHA INGRESO: Día 30 Mes 04 Año 24
FECHA TERMINACION: Día Mes Año
VALOR SALARIO MES: 1.300.000
PROFESIÓN: ayudante de obra
EPS DONDE ESTA AFILIADO: mallamas
NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
DIRECCIÓN TRABAJO: Hospital san Juan de Dios
BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo
DEPARTAMENTO: vichada

Diligencie estos campos solamente si labora simultáneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE: NIT CC
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cedula de Ciudadanía [ ] | Permiso Especial de Permanencia (P.E.P) [ ] | Pasaporte [ ]
Carné Diplomático [ ] | NUIP [ ] | Visa [ ]
Registro Civil [ ] | Cédula de Extranjería [ ] | Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
Tarjeta de Identidad [ ] | Certificado Cabildo [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TELÉFONO O CELULAR:
¿SE ENCUENTRA LABORANDO? SI [ ] NO [ ]
¿RECIBE CUOTA MONETARIA? SI [ ] NO [ ]
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO:
EMPRESA DONDE TRABAJA:
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT CC
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSION: 2
FECHA: 12/12/2021
PAGINA 1 DE 3

VI. INFORMACIÓN NUCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.C.AB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:

www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI [X] NO

Aprado Rodriguez Guevara
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO	SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación	
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: CONSORCIO HDC
SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACION: 901783.555
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de identificacion a) NIT: X CEDULA DE CIUDADANIA:
DIRECCION: Kalle 28#6-35 TELEFONO: 3134266605 CELULAR:
CIUDAD: cumaborchacha CORREO ELECTRONICO: consorciohdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR: X RETIRO TRABAJADOR: ADICION DE NUCLEO: ACTUALIZACION DE DATOS:

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X.)

DEPENDIENTE: X SERVICIO DOMESTICO: INDEPENDIENTE APORTE 0.6%: INDEPENDIENTE APORTE 2%: PENSIONADO APORTE 0%:
PENSIONADO APORTE 0.6%: PENSIONADO APORTE 2%: RESIDENTE EN EL EXTERIOR: OTRO ¿Cual?
MADRE COMUNITARIA: FACULTATIVO: FIDELIDAD: VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA: CONCEJALES:

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cedula de Ciudadania X; Permiso Especial de Permanencia (P.E.P.); Pasaporte; Carné Diplomatico; NUIP; Visa; Registro Civil; Cedula de Extranjeria; Identificación dada por la Secretaria de Educacion; Tarjeta de Identidad; Certificado Cabildo
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1.125007326
PRIMER NOMBRE: ANTONIO SEGUNDO NOMBRE: ENRIQUE
PRIMER APELLIDO: JIMENEZ SEGUNDO APELLIDO: PEREZ
FECHA NACIMIENTO: Dia 15 Mes 10 Año 2003 GENERO: Hombre X, Mujer, Indeterminado (Marque con una X) — Marque con una X: Soltero(a), Casado(a), Separado(a), Divorciado(a), Viuda(a), Unión libre X
PAIS DE NACIMIENTO: colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: Uiguado MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Cumaibo
PAIS RESIDENCIA: Colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Vichada MUNICIPIO RESIDENCIA: CUMARIBO

ORIENTACIÓN SEXUAL (Marque con una X): Heterosexual X, Homosexual, Bisexual, Información no disponible
PERTENENCIA ÉTNICA (Marque con una X): Afrocolombiano, Comunidad negra, Indígena, Palenquero, Room/Gitano, Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, No se autoreconoce en ninguna X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado | Damnificado desastre natural | Población zonas fronteras | Victima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (as) de madres cabeza de Familia | Desmovilizado o reinsertado | En condición de discapacidad | Población zonas fronteras
Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados | Ejercicio del trabajo sexual | No aplica X

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia | Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica adultos Secundaria adultos
Media adultos | Técnico/Tecnológico | Profesional Universitario Posgrado Maestria | Ninguno | Información no disponible X

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: consorciohdc2024@gmail.com CELULAR: 3112863555 TELEFONO:
DIRECCIÓN: cll 2#35 BARRIO: santa-teresita VIVIENDA PROPIA: SI X NO ZONA RURAL: SI NO X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X): Indefinido X; Fijo; Por obra
FECHA INGRESO: DIA 30 MES 04 AÑO 24
FECHA TERMINACION: DIA MES AÑO
VALOR SALARIO MES: 1.300.000
PROFESIÓN: Ayudante de obra
EPS DONDE ESTA AFILIADO: salud total
NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
DIRECCION TRABAJO: hospital san juan de dios
BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo
DEPARTAMENTO: Vichada
Diligencie estos campos únicamente si labora simultaneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE: SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC:
HORAS AL MES: DPTO: PAIS: No:

V. INFORMACION CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cedula de Ciudadania; Permiso Especial de Permanencia (P.E.P.); Pasaporte; Carné Diplomatico; NUIP; Visa; Registro Civil; Cedula de Extranjeria; Identificacion dada por la Secretaria de Educacion; Tarjeta de Identidad; Certificado Cabildo
NUMERO DE IDENTIFICACION:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TELEFONO O CELULAR:

¿SE ENCUENTRA LABORANDO? SI NO — EMPRESA DONDE TRABAJA: SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC: HORAS AL MES: DPTO: PAIS: No:
¿RECIBE CUOTA MONETARIA? SI NO
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO

	FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA	VERSION: 1 FECHA: 13/12/2021 PAGINA 1 DE 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - IDE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.C.AB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NUMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTAPARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web: www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Antonio E.J.P

FIRMA TRABAJADOR FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	Fecha Aprobación	DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSION: 1
FECHA: 11/12/2020
PAGINA 1 DE 1
NUMERO DE RESOLUCION O SELLO

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL

FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año

FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año

RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Consorcio HDC

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.783.555

SECTOR: (Marque con una X) Público [ ] Privado [X] Mixto [ ]

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: X CÉDULA DE CIUDADANIA:

DIRECCIÓN: CALLE 23N06-35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR:

CIUDAD: cumaribo vichada CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com.

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICIÓN DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE X	SERVICIO DOMESTICO [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 0.6% [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ]
PENSIONADO APORTE 0.6% [ ]	PENSIONADO APORTE 2% [ ]	RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ]	PENSIONADO APORTE 0% [ ]
MADRE COMUNITARIA [ ]	FACULTATIVO [ ]	FIDELIDAD [ ]	VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA [ ]
CONCEJALES [ ]	OTRO ¿Cual?		

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)

Cédula de Ciudadanía X	Permiso Especial de Permanencia [ ]	Pasaporte [ ]	NUMERO DE IDENTIFICACION : 1.125.016.085
Carné Diplomatico [ ]	NUIP [ ]	Visa [ ]	
Registro Civil [ ]	Cédula de Extranjería [ ]	Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]	
Tarjeta de Identidad [ ]	Certificado Cabildo [ ]		

PRIMER NOMBRE: ANDRES SEGUNDO NOMBRE: HERNAN

PRIMER APELLIDO: LARROSA SEGUNDO APELLIDO: GONZALEZ

FECHA NACIMIENTO: Día 25 Mes 08 Año 1980

GÉNERO: Marque con una X — Hombre X, Mujer [ ], Indeterminado [ ]

ESTADO CIVIL: Marque con una X — Soltero(a) X, Casado(a) [ ], Separado(a) [ ], Divorciado(a) [ ], Viuda(a) [ ], Unión libre [ ]

PAIS DE NACIMIENTO: colombia. DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: vichada MUNICIPIO DE NACIMIENTO: cumaribo

PAÍS RESIDENCIA: colombia. DEPARTAMENTO RESIDENCIA: vichada MUNICIPIO RESIDENCIA: cumaribo.

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X

Heterosexual [ ]		Afrocolombiano [ ]	Room/Gitano [ ]
Homosexual [ ]	PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X	Comunidad negra [ ]	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ]
Bisexual [ ]		Indígena [ ]	
Información no disponible [ ]		Palenquero [ ]	No se autoreconoce en ninguna X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ]	Damnificado desastre natural [ ]	Población zonas frontera [ ]	Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ]	Desmovilizado o reinsertado [ ]	En condición de discapacidad [ ]	Población zonas frontera [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ]	Ejercicio del trabajo sexual [ ]	No aplica X	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ]	Preescolar [ ]	Básica [ ]	Secundaria X	Media [ ]	Básica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	Profesional Universitario Posgrado Maestría [ ]	Ninguno [ ]	Información no disponible [ ]	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: hernanlarrosa@gmail.com CELULAR: TELÉFONO:

DIRECCIÓN: BARRIO: comunidad cristiana VIVIENDA PROPIA Si [ ] X ZONA RURAL Si [ ] X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)

Indefinido X	FECHA INGRESO: 24/04/2024 (DIA MES AÑO)	FECHA TERMINACION: (DIA MES AÑO)	VALOR SALARIO MES: 1.300.000	PROFESIÓN: AYUDANTE DE OBRA
Fijo [ ]				
Por tarea [ ]				

EPS DONDE ESTA AFILIADO: MALLAMAS

NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240

DIRECCIÓN TRABAJO: KM 21 SONRICA DE DIOS

BARRIO: MUNICIPIO: CUMARIBO

DEPARTAMENTO: VICHADA

Diligencie estos campos únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.

EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:

SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:		

V. INFORMACION CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)

Cédula de Ciudadanía [ ]	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P) [ ]	Pasaporte [ ]	NUMERO DE IDENTIFICACION :
Carné Diplomático [ ]	NUIP [ ]	Visa [ ]	
Registro Civil [ ]	Cédula de Extranjería [ ]	Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]	
Tarjeta de Identidad [ ]	Certificado Cabildo [ ]		

DIRECCION DE RESIDENCIA TELÉFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI [ ]	NO [ ]	EMPRESA DONDE TRABAJA:				
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI [ ]	NO [ ]	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT / CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:	

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSIÓN: 1
FECHA: 13/12/2022
PÁGINA 2 DE 3

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.C.AB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:

www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Anstides Herrera Lamada.

FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO	SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	Fecha Aprobación: DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: consorcio hdc
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.788.555
SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: [X] CEDULA DE CIUDADANIA: [ ]
DIRECCIÓN: cll 22#16-35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR:
CIUDAD: cumaribo vichada CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICIÓN DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. EL TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [X]	SERVICIO DOMESTICO [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 0 0% [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ]	PENSIONADO APORTE 0% [ ]
PENSIONADO APORTE 0.6% [ ]	PENSIONADO APORTE 2% [ ]	RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ]	OTRO ¿Cual?	
MADRE COMUNITARIA [ ]	FACULTATIVO [ ]	FIDELIDAD [ ]	VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ]	CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)					
	Cédula de Ciudadanía	[X] Permiso Especial de Permanencia	Pasaporte	NUMERO DE IDENTIFICACION :	
	Carné Diplomático	NUIP	Visa	6.848.517	
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaría de Educación		
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo			

PRIMER NOMBRE: Bilcen SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: Reina SEGUNDO APELLIDO: Galindo

FECHA NACIMIENTO: Dia 10 Mes 12 Año 1980
GÉNERO: Marque con una X — Hombre [X] Mujer [ ] Indeterminado [ ]
Marque con una X — ESTADO CIVIL: Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Unión libre [X]

PAIS DE NACIMIENTO: colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: vichada MUNICIPIO DE NACIMIENTO: cumaribo
PAÍS RESIDENCIA: colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: vichada MUNICIPIO RESIDENCIA: cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X		PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X	
Heterosexual	[X]	Afrocolombiano	Room/Gitano
Homosexual	[ ]	Comunidad negra	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Bisexual	[ ]	Indígena	
Información no disponible	[ ]	Palenquero	No se autoreconoce en ninguna

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ]	Damnificado desastre natural [ ]	Población zonas frontera [ ]	Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ]	Desmovilizado o reinsertado [ ]	En condición de discapacidad [ ]	Población zonas frontera [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ]	Ejercicio del trabajo sexual [ ]	No aplica [X]	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ]	Preescolar [ ]	Básica [ ]	Secundaria [ ]	Media [ ]	Básica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	Profesional Universitario Posgrado Maestría [ ]	Ninguno [ ]	Información no disponible [X]	

INFORMACION DE CONTACTO

CORREO: seguridadconsorciohdc@gmail.com CELULAR: 3119383555 TELÉFONO:
DIRECCIÓN: cll9 casa 2 BARRIO: alcaraban VIVIENDA PROPIA Si [ ] No [X] ZONA RURAL Si [ ] No [X]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)		FECHA INGRESO DIA MES AÑO	FECHA TERMINACION DIA MES AÑO	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
	Indefinido [X]	30 04 24		1.300.000	Auxiliar de cocina	mallamas
	Fijo [ ]					
	Por tarea [ ]					

NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
DIRECCIÓN TRABAJO: Hospital San Jose de Cumaribo
BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo
DEPARTAMENTO: vichada

Diligencie estos campos solamente si labora simultáneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC:
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACION CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)				
	Cédula de Ciudadanía	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)	Pasaporte	NUMERO DE IDENTIFICACION :
	Carné Diplomático	NUIP	Visa	
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaría de Educación	
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo		

DIRECCION DE RESIDENCIA TELEFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:					
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:		

	FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA	VERSION: 3 FECHA: 13/12/2012 PAGINA 1 DE 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No.: _____ BANCO_____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:

www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	Fecha Aprobacion: DIA MES AÑO		

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA

VERSION 3 | FECHA: 1/11/2022 | PAGINA 1 DE 1

Diligencias este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL

FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año

FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año

RECIBIDO POR :

NUMERO DE RADICACION O SELLO

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	consorcio hdc	SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]	
NUMERO DE IDENTIFICACION:	901.783.555	NIT: X	CEDULA DE CIUDADANIA:
DIRECCION:	calle 23 N6-35	TELEFONO: 3134266605	CELULAR:
CIUDAD:	comeibo uchada	CORREO ELECTRONICO: consorciohdc@gmail.com	

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación)

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR [X] | RETIRO TRABAJADOR [ ] | ADICION DE NUCLEO [ ] | ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [X]	SERVICIO DOMESTICO [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 0 o% [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ]	PENSIONADO APORTE 0% [ ]
PENSIONADO APORTE 0.6% [ ]	PENSIONADO APORTE 2% [ ]	RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ]	OTRO ¿Cual? 1.121.709.789.	
MADRE COMUNITARIA [ ]	FACULTATIVO [ ]	FIDELIDAD [ ]	VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ]	CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)	Cédula de Ciudadanía [X]	Permiso Especial de Permanencia [ ]	Pasaporte [ ]	NUMERO DE IDENTIFICACION :
	Carné Diplomático [ ]	NUIP [ ]	Visa [ ]	
	Registro Civil [ ]	Cédula de Extranjería [ ]	Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]	
	Tarjeta de Identidad [ ]	Certificado Cabildo [ ]		

PRIMER NOMBRE: Carmelo | SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: gaitan | SEGUNDO APELLIDO: Arare

FECHA NACIMIENTO: Dia	Mes	Año	GÉNERO: Marque con una X		Marque con una X	ESTADO CIVIL:			
01	10	88	Hombre [X]	Mujer [ ]	Soltero(a) [ ]	Separado(a) [ ]	Viudo(a) [ ]	Unión libre [X]	
			Indeterminado [ ]		Casado(a) [ ]	Divorciado(a) [ ]			

PAIS DE NACIMIENTO: colombia | DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: uchada | MUNICIPIO DE NACIMIENTO: comeibo

PAÍS RESIDENCIA: colombia | DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Uchada | MUNICIPIO RESIDENCIA: comeibo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X			PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X		
	Heterosexual	X		Afrocolombiano	Room/Gitano
	Homosexual			Comunidad negra	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	Bisexual			Indígena	
	Información no disponible			Palenquero	No se autoreconoce en ninguna

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado	Damnificado desastre natural	Población zonas frontera	Victima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (as) de madres cabeza de Familia	Desmovilizado o reinsertado	En condición de discapacidad	Población zonas frontera
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	Ejercicio del trabajo sexual	No aplica	X

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia	Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica adultos Secundaria adultos
Media adultos	Técnico/Tecnológico	Profesional Universitario Posgrado Maestría	Ninguno	Información no disponible	X

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: segundoconsorciohdc@gmail.com | CELULAR: 3118383555 | TELÉFONO:

DIRECCIÓN: cll 21 # 7a-35 | BARRIO: santa teresita. | VIVIENDA PROPIA: Si [X] | ZONA RURAL: Si [X]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)		FECHA INGRESO Dia Mes Año	FECHA TERMINACION Dia Mes Año	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
	Indefinido [X]	30 01 24		1.300.000	ayudante de obra	Nueva eps.
	Fijo [ ]					
	Por tarea [ ]					

NÚMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240

DIRECCIÓN TRABAJO: rosario sur vereda dos

BARRIO: | MUNICIPIO: comeibo

DEPARTAMENTO: uchada

Diligencie estos campos unicamente si labora simultaneamente con otra empresa.

EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:

SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	Nac		

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)				NUMERO DE IDENTIFICACION :
	Cédula de Ciudadanía	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)	Pasaporte	
	Carné Diplomático	NUIP	Visa	
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaría de Educación	
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: | TELÉFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:					
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	Nac		

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Versión: 1
FECHA: 13/12/2021
PAGINA 1 DE 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.C.AB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web: www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Carmelo Ponare.
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

Consorcio HDC

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	consorcio hdc	SECTOR: (Marque con una X) Público ☐ Privado ☒ Mixto ☐
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901783555	
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación)	NIT: X	CÉDULA DE CIUDADANÍA:
DIRECCIÓN: calle 23#106-38	TELEFONO: 3154206600	CELULAR:
CIUDAD: amariba vichada	CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com	

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR X | RETIRO TRABAJADOR | ADICIÓN DE NUCLEO | ACTUALIZACIÓN DE DATOS

II. EL TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE X	SERVICIO DOMESTICO	INDEPENDIENTE APORTE 0 6%	INDEPENDIENTE APORTE 2%	PENSIONADO APORTE 0%
PENSIONADO APORTE 6 6%	PENSIONADO APORTE 2%	RESIDENTE EN EL EXTERIOR		OTRO ¿Cual?
MADRE COMUNITARIA	FACULTATIVO	FIDELIDAD	VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA	CONCEJALES

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)					
	Cédula de Ciudadanía X	Permiso Especial de Permanencia	Pasaporte	NUMERO DE IDENTIFICACION : 1.124.990.631	
	Carné Diplomatico	NUIP	Visa		
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaría de Educación		
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo			

PRIMER NOMBRE: charles	SEGUNDO NOMBRE: Brayan		
PRIMER APELLIDO: Reina	SEGUNDO APELLIDO: capa		
FECHA NACIMIENTO: Dia 11 Mes 04 Año 2004	GÉNERO: Hombre X, Mujer, Indeterminado — Marque con una X	Marque con una X: Soltero(a), Casado(a), Separado(a), Divorciado(a), Viudo(a), Unión libre	ESTADO CIVIL: X
PAIS DE NACIMIENTO: colombia	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: vichada	MUNICIPIO DE NACIMIENTO: amariba	
PAÍS RESIDENCIA: colombia	DEPARTAMENTO RESIDENCIA: vichada	MUNICIPIO RESIDENCIA: amariba	

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X	Heterosexual X	PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X	Afrocolombiano	Room/Gitano	
	Homosexual		Comunidad negra	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	
	Bisexual		Indígena		
	Información no disponible		Palenquero	No se autoreconoce en ninguna	X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado	Damnificado desastre natural	Población zonas frontera	Victima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (as) de madres cabeza de Familia	Desmovilizado o reinsertado	En condición de discapacidad	Población zonas frontera
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	Ejercicio del trabajo sexual	No aplica X	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia	Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica adultos Secundaria adultos
Media adultos	Técnico/Tecnológico	Profesional Universitario Posgrado Maestría	Ninguno	Información no disponible X	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: segundohcontratohdc24@gmail.com			TELÉFONO: 3188383555		
DIRECCIÓN: cll25#76	BARRIO: Santa teresita	VIVIENDA PROPIA Si	No X	ZONA RURAL Si	No X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)		FECHA INGRESO	FECHA TERMINACION	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
	Indefinido X					
	Fijo	30 04 24 (DIA MES AÑO)	(DIA MES AÑO)	1300000	Auxiliante de aseo	mallamas
	Por tarea					

NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
Diligencie estos campos unicamente si labora simultaneamente con otra empresa.
DIRECCIÓN TRABAJO: Hospital San Juan de Dios
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:
BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo — SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC NIT CC
DEPARTAMENTO: vichada — HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)				
	Cédula de Ciudadanía	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)	Pasaporte	NUMERO DE IDENTIFICACION :
	Carné Diplomático	NUIP	Visa	
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaría de Educación	
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo		

DIRECCION DE RESIDENCIA: — TELEFONO O CELULAR:

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:					
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:		

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

FECHA 13/12/2021

PAGINA 1 DE 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NUMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACIÓN PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web: www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Reina Capa Charles

FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobacion		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: CONSORCIO HDC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901 783. 555
SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: [X] CEDULA DE CIUDADANÍA: [ ]
DIRECCIÓN: CALLE 23 N° 6 -35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR: 3134206605
CIUDAD: cumaribo vichada CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICION DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [ ] SERVICIO DOMESTICO [ ] INDEPENDIENTE APORTE 0.6% [ ] INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ] PENSIONADO APORTE 0% [ ]
PENSIONADO APORTE 0.6% [ ] PENSIONADO APORTE 2% [ ] RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ] OTRO ¿Cual? [ ]
MADRE COMUNITARIA [ ] FACULTATIVO [ ] FIDELIDAD [ ] VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ] CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía [X] | Permiso Especial de Permanencia [ ] | Pasaporte [ ]
Carné Diplomatico [ ] | NUIP [ ] | Visa [ ]
Registro Civil [ ] | Cédula de Extranjería [ ] | Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
Tarjeta de Identidad [ ] | Certificado Cabildo [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1.124.993.310

PRIMER NOMBRE: ciro | SEGUNDO NOMBRE: jair
PRIMER APELLIDO: Arango | SEGUNDO APELLIDO: castillo.
FECHA NACIMIENTO: Dia 11 Mes 07 Año 1987 | GÉNERO: Marque con una X — Hombre [X] Mujer [ ] Indeterminado [ ]
ESTADO CIVIL: Marque con una X — Soltero(a) [X] Casado(a) [ ] Separado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Unión libre [ ]
PAIS DE NACIMIENTO: colombia | DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: vichada | MUNICIPIO DE NACIMIENTO: cumaribo
PAÍS RESIDENCIA: colombia | DEPARTAMENTO RESIDENCIA: vichada | MUNICIPIO RESIDENCIA: cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X — Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]
PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X — Afrocolombiano [ ] | Comunidad negra [ ] | Indígena [ ] | Palenquero [ ] | Room/Gitano [ ] | Raizal del Archipiélago de San Andres, Providencia y Santa Catalina [ ] | No se autoreconoce en ninguna [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ] | Damnificado desastre natural [ ] | Población zonas frontera [ ] | Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ] | Desmovilizado o reinsertado [ ] | En condición de discapacidad [ ] | Población zonas frontera [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ] | Ejercicio del trabajo sexual [ ] | No aplica [X]

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ] | Preescolar [ ] | Básica [ ] | Secundaria [ ] | Media [ ] | Básica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ] | Técnico/Tecnológico [ ] | Profesional Universitario Posgrado Maestria [ ] | Ninguno [ ] | Información no disponible [X]

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: ciroarangocastillo@gmail.com | CELULAR: 3203873781 | TELÉFONO: 3203873781
DIRECCIÓN: | BARRIO: Alcaraban. | VIVIENDA PROPIA Si [X] | ZONA RURAL Si [X]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X): Indefinido [X] | Fijo [ ] | Por tarea [ ]
FECHA INGRESO: DIA 24 MES 04 AÑO 2024 | FECHA TERMINACION: DIA MES AÑO
VALOR SALARIO MES: 1300.000 | PROFESIÓN: Ayudante de obra. | EPS DONDE ESTA AFILIADO: mallamas.
NÚMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
DIRECCIÓN TRABAJO: hospital san pedro | BARRIO: | MUNICIPIO: cumaribo | DEPARTAMENTO: vichada.

Diligencie estos campos unicamente si labora simultaneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE: | SALARIO: | CIUDAD: | BARRIO: | TIPO DE DOC | NIT | CC
HORAS AL MES: | DPTO: | PAÍS: | No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía [ ] | Permiso Especial de Permanencia (P.E.P) [ ] | Pasaporte [ ]
Carné Diplomatico [ ] | NUIP [ ] | Visa [ ]
Registro Civil [ ] | Cédula de Extranjería [ ] | Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
Tarjeta de Identidad [ ] | Certificado Cabildo [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN :
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | TELÉFONO O CELULAR
¿SE ENCUENTRA LABORANDO? SI [ ] NO [ ]
¿RECIBE CUOTA MONETARIA? SI [ ] NO [ ]
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO
EMPRESA DONDE TRABAJA: | SALARIO: | CIUDAD: | BARRIO: | TIPO DE DOC | NIT | CC
HORAS AL MES: | DPTO: | PAÍS: | No:

Consorcio HDC

	FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA	VERSION: 7 FECHA: 15/12/2015 PAGINA 2 DE 3

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNÉ DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.C.AB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTAPARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web: www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Caro Arango castillo .
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	Fecha Aprobación: DIA MES AÑO		

OBSERVACIONES COMCAJA:

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Consorcio hdc
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.783.555
SECTOR: (Marque con una X) Público [ ] Privado [X] Mixto [ ]
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: X CÉDULA DE CIUDADANÍA:
DIRECCIÓN: cll 23++6 -35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR:
CIUDAD: cumaribo vichada CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR X RETIRO TRABAJADOR ADICIÓN DE NUCLEO ACTUALIZACION DE DATOS

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE X SERVICIO DOMESTICO | INDEPENDIENTE APORTE 0 6% | INDEPENDIENTE APORTE 2% | PENSIONADO APORTE 0%
PENSIONADO APORTE 0.6% | PENSIONADO APORTE 2% | RESIDENTE EN EL EXTERIOR | OTRO ¿Cuál?
MADRE COMUNITARIA | FACULTATIVO | FIDELIDAD | VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA | CONCEJALES

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía X | Permiso Especial de Permanencia | Pasaporte | Carné Diplomático | NUIP | Visa | Registro Civil | Cédula de Extranjería | Identificación dada por la Secretaría de Educación | Tarjeta de Identidad | Certificado Cabildo
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1.125002345
PRIMER NOMBRE: costmeth SEGUNDO NOMBRE: Damian
PRIMER APELLIDO: Zuluaga SEGUNDO APELLIDO: Bonilla
FECHA NACIMIENTO: Dia 31 Mes 10 Año 96
GENERO: Marque con una X — Hombre X | Mujer | Indeterminado
Marque con una X — ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Divorciado(a) | Viudo(a) | Unión libre X
PAIS DE NACIMIENTO: Colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: Vichada MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Cumaribo
PAÍS RESIDENCIA: Colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Vichada MUNICIPIO RESIDENCIA: Cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X — Heterosexual X | Homosexual | Bisexual | Información no disponible
PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X — Afrocolombiano | Comunidad negra | Indígena | Palenquero | Room/Gitano | Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | No se autoreconoce en ninguna X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado | Damnificado desastre natural | Población zonas frontera | Victima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (as) de madres cabeza de Familia | Desmovilizado o reinsertado | En condición de discapacidad | Población zonas fronteras
Hija (as) de desmovilizados o reinsertados | Ejercicio del trabajo sexual | No aplica X

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia | Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica adultos Secundaria adultos
Media adultos | Técnico/Tecnológico | Profesional Universitario Posgrado Maestría | Ninguno | Información no disponible X

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: costmethBonilla112@hotmail. CELULAR: 3134209921 TELÉFONO:
DIRECCIÓN: Alcaraban BARRIO: VIVIENDA PROPIA Si X ZONA RURAL Si X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X): Indefinido X | Fijo | Por tarea
FECHA INGRESO (DIA MES AÑO): 30 09 24
FECHA TERMINACION (DIA MES AÑO):
VALOR SALARIO MES: 1.300.000
PROFESIÓN: Auxiliar de cocina
EPS DONDE ESTA AFILIADO: Nueva EPS
NÚMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
Diligencie estos campos unicamente si labora simultaneamente con otra empresa.
DIRECCIÓN TRABAJO: hospital san juan de dios
BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo
DEPARTAMENTO: vichada
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE: | SALARIO: | CIUDAD: | BARRIO: | TIPO DE DOC | NIT | CC
HORAS AL MES: | DPTO: | PAÍS: | No:

V. INFORMACION CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía | Permiso Especial de Permanencia (P.E.P) | Pasaporte | Carné Diplomático | NUIP | Visa | Registro Civil | Cédula de Extranjería | Identificación dada por la Secretaría de Educación | Tarjeta de Identidad | Certificado Cabildo
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
DIRECCION DE RESIDENCIA: TELEFONO O CELULAR:
¿SE ENCUENTRA LABORANDO? SI NO | EMPRESA DONDE TRABAJA: | SALARIO: | CIUDAD: | BARRIO: | TIPO DE DOC | NIT | CC
¿RECIBE CUOTA MONETARIA? SI NO | HORAS AL MES: | DPTO: | PAÍS: | No:
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSION: 2
FECHA: 11/12/2023
Pagina 1 DE 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No.: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:
www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Carmen Zuluaga.
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL:
FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: CONSORCIO HDC
SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.783.555
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: [X] CÉDULA DE CIUDADANÍA: [ ]
DIRECCIÓN: CRA 28ND 6-35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR:
CIUDAD: Cumaribo Vichada CORREO ELECTRÓNICO: consorcohdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICIÓN DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [X] SERVICIO DOMESTICO [ ] | INDEPENDIENTE APORTE 0 6% [ ] | INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ] | PENSIONADO APORTE 0% [ ]
PENSIONADO APORTE 0 6% [ ] | PENSIONADO APORTE 2% [ ] | RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ] | OTRO ¿Cual? [ ]
MADRE COMUNITARIA [ ] | FACULTATIVO [ ] | FIDELIDAD [ ] | VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA [ ] | CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
	Cédula de Ciudadanía	[X]	Permiso Especial de Permanencia	[ ]	Pasaporte [ ]	8190705
	Carné Diplomático	[ ]	NUIP	[ ]	Visa [ ]	
	Registro Civil	[ ]	Cédula de Extranjería	[ ]	Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]	
	Tarjeta de Identidad	[ ]	Certificado Cabildo	[ ]		

PRIMER NOMBRE: Felix | SEGUNDO NOMBRE: Luis
PRIMER APELLIDO: Sanchez | SEGUNDO APELLIDO: Fontellez

FECHA NACIMIENTO: Dia 17 Mes 07 Año 1960 | GÉNERO: Marque con una X — Hombre [X] Mujer [ ] Indeterminado [ ]
ESTADO CIVIL: Marque con una X — Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Unión libre [X]
PAIS DE NACIMIENTO: Colombia | DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: META | MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Puerto Gaitan
PAÍS RESIDENCIA: Colombia | DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Vichada | MUNICIPIO RESIDENCIA: Cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X			PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X			Room/Gitano [ ]
	Heterosexual	[ ]		Afrocolombiano [ ]		Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ]
	Homosexual	[ ]		Comunidad negra [ ]		
	Bisexual	[ ]		Indígena [ ]		
	Información no disponible	[ ]		Palenquero [ ]		No se autoreconoce en ninguna [X]

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ]	Damnificado desastre natural [ ]	Población zonas fronteras [ ]	Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ]	Desmovilizado o reinsertado [ ]	En condición de discapacidad [ ]	Población zonas fronteras [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ]	Ejercicio del trabajo sexual [ ]	No aplica [X]	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ]	Preescolar [ ]	Básica [ ]	Secundaria [ ]	Media [ ]	Básica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	Profesional Universitario Pregrado Maestría [ ]	Ninguno [ ]	Información no disponible [X]	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: segundalopezcolorado20249@gmail.com CELULAR: 3183883555 TELÉFONO: 3183383555
DIRECCIÓN: hospital san Jorge Dos BARRIO: Santa teresita VIVIENDA PROPIA Si [X] ZONA RURAL Si [X]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)			FECHA INGRESO Dia Mes Año	FECHA TERMINACION Dia Mes Año	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
	Indefinido	[X]	30 04 24		1.600.000	MAESTRO	CAJACOPI
	Fijo	[ ]					
	Por tarea	[ ]					

NÚMERO DE HORAS LABORADAS AL MES:
DIRECCIÓN TRABAJO:
BARRIO: MUNICIPIO: DEPARTAMENTO:

Diligencie estos campos únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE NIT CC
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
	Cédula de Ciudadanía	[ ]	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)	[ ]	Pasaporte [ ]	
	Carné Diplomático	[ ]	NUIP	[ ]	Visa [ ]	
	Registro Civil	[ ]	Cédula de Extranjería	[ ]	Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]	
	Tarjeta de Identidad	[ ]	Certificado Cabildo	[ ]		

DIRECCION DE RESIDENCIA: TELEFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI [ ]	NO [ ]	EMPRESA DONDE TRABAJA:					
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI [ ]	NO [ ]	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:		

Consorcio HDC

	FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA	VERSION: 1 FECHA: 12/12/2012 PAGINA 1 DE 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - TSE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NUMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:
www.comcaja.gov.co

Autorizo a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

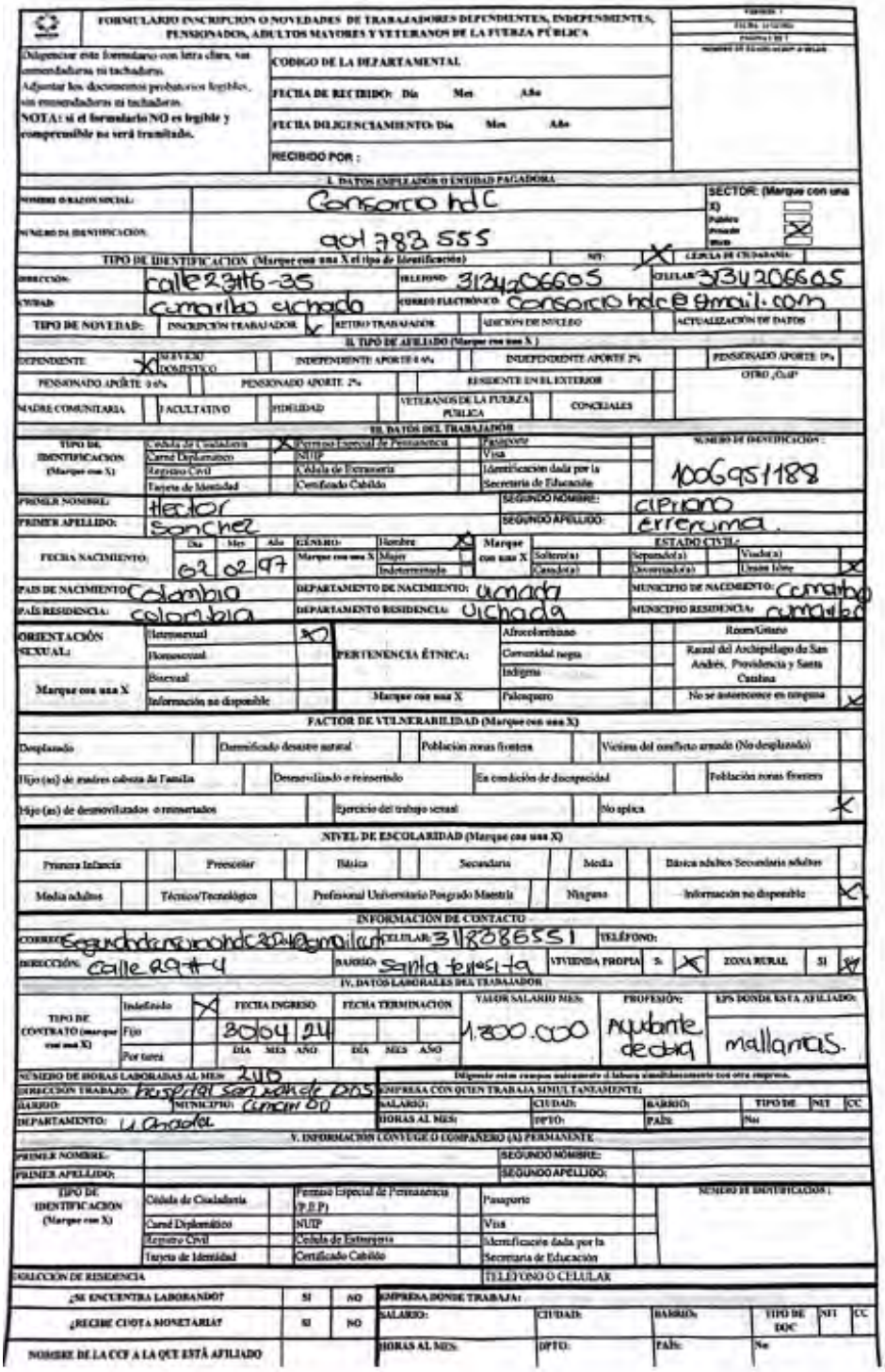
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobacion		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA



FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Consorcio hdc
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901 783 555
SECTOR: (Marque con una X) Público [ ] Privado [X] Mixto [ ]
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de identificación) NIT: X CEDULA DE CIUDADANIA:
DIRECCIÓN: calle 23#6-35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR: 3134206605
CIUDAD: Cumaribo vichada CORREO ELECTRÓNICO: consorcio hdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR: X RETIRO TRABAJADOR: ADICION DE NUCLEO: ACTUALIZACIÓN DE DATOS:

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE: X SERVICIO DOMESTICO: INDEPENDIENTE APORTE 4 %: INDEPENDIENTE APORTE 2%: PENSIONADO APORTE 0%:
PENSIONADO APORTE 0.6%: PENSIONADO APORTE 2%: RESIDENTE EN EL EXTERIOR: OTRO ¿Cuál?
MADRE COMUNITARIA: FACULTATIVO: FIDELIDAD: VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA: CONCEJALES:

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía X; Permiso Especial de Permanencia; Pasaporte; Carné Diplomático; NUIP; Visa; Registro Civil; Cédula de Extranjería; Identificación dada por la Secretaría de Educación; Tarjeta de Identidad; Certificado Cabildo
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1006951188
PRIMER NOMBRE: Hector SEGUNDO NOMBRE: Cipriano
PRIMER APELLIDO: Sanchez SEGUNDO APELLIDO: Errerma.
FECHA NACIMIENTO: Día 02 Mes 02 Año 97
GÉNERO: Marque con una X: Hombre X; Mujer; Indeterminado
Marque con una X: Soltero(a); Casado(a); Separado(a); Divorciado(a); Viudo(a); Unión Libre X
PAIS DE NACIMIENTO: Colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: Amazonas MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Cumaribo
PAÍS RESIDENCIA: Colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Vichada MUNICIPIO RESIDENCIA: Cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X: Heterosexual X; Homosexual; Bisexual; Información no disponible
PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X: Afrocolombiano; Comunidad negra; Indígena; Palenquero; Room/Gitano; Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; No se autoreconoce en ninguna X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado; Damnificado desastre natural; Población zonas fronteras; Víctima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (a) de madres cabeza de Familia; Desmovilizado o reinsertado; En condición de discapacidad; Población zonas fronteras
Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados; Ejercicio del trabajo sexual; No aplica X

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia; Preescolar; Básica; Secundaria; Media; Básica adultos Secundaria adultos
Media adultos; Técnico/Tecnológico; Profesional Universitario Posgrado Maestría; Ninguna; Información no disponible X

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: Seguridadconsorciohdc2024@gmail.com CELULAR: 3118086551 TELÉFONO:
DIRECCIÓN: calle 29#4 BARRIO: Santa teresita VIVIENDA PROPIA: SI: X ZONA RURAL: SI X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X): Indefinido X; Fijo; Por tarea
FECHA INGRESO: Día 30 Mes 04 Año 24
FECHA TERMINACIÓN: Día Mes Año
VALOR SALARIO MES: 1.300.000
PROFESIÓN: Ayudante de obra
EPS DONDE ESTA AFILIADO: mallamas.
NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
Diligencie estos campos solamente si labora simultáneamente con otra empresa.
DIRECCIÓN TRABAJO: Prospero 191 San José del Guaviare
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:
BARRIO: MUNICIPIO: Cumaribo
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC:
DEPARTAMENTO: Guaviare
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía; Permiso Especial de Permanencia (P.E.P); Pasaporte; Carné Diplomático; NUIP; Visa; Registro Civil; Cédula de Extranjería; Identificación dada por la Secretaría de Educación; Tarjeta de Identidad; Certificado Cabildo
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TELÉFONO O CELULAR:
¿SE ENCUENTRA LABORANDO? SI NO
EMPRESA DONDE TRABAJA:
¿RECIBE CUOTA MONETARIA? SI NO
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC:
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				

VII. INFORMACIÓN PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR ○ CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:
www.comcaja.gov.co

Autorizo a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informado a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Hector Sanchez
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERV ACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSIÓN: 1 | FECHA: 07/12/2022 | PAGINA 1 DE 1 | NÚMERO DE RADICACIÓN O SELLO

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL:
FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	consorcio HDC.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901.783.555
SECTOR: (Marque con una X) Pública / Privado / Mixto	Privado: X
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación)	NIT: X CEDULA DE CIUDADANÍA:
DIRECCIÓN:	CALLE 23N°06-35
TELEFONO:	3124206605
CELULAR:	3134206605
CIUDAD:	comanbo
CORREO ELECTRÓNICO:	consorcohdc@gmail.com

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR | RETIRO TRABAJADOR: X | ADICIÓN DE NÚCLEO | ACTUALIZACIÓN DE DATOS

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE	SERVICIO DOMESTICO: X	INDEPENDIENTE APORTE 0.6%	INDEPENDIENTE APORTE 2%	PENSIONADO APORTE 0%
PENSIONADO APORTE 0.6%	PENSIONADO APORTE 2%	RESIDENTE EN EL EXTERIOR	OTRO ¿Cuál?	
MADRE COMUNITARIA	FACULTATIVO	FIDELIDAD	VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA	CONCEJALES

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)	Cédula de Ciudadanía	Permiso Especial de Permanencia: X	Pasaporte	NUMERO DE IDENTIFICACION:	5722870.
	Carné Diplomatico	NUIP	Visa		
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaria de Educación		
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo			
PRIMER NOMBRE:	José		SEGUNDO NOMBRE:	Enrique	
PRIMER APELLIDO:	Donare		SEGUNDO APELLIDO:		

FECHA NACIMIENTO:	Día 16	Mes 01	Año 1987	GÉNERO: Marque con una X	Hombre: X	Mujer	Indeterminado	Marque con una X	Soltero(a): X / Casado(a) / Separado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a) / Unión libre
PAIS DE NACIMIENTO:	Venezuela			DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO:				MUNICIPIO DE NACIMIENTO:	
PAÍS RESIDENCIA:	colombia			DEPARTAMENTO RESIDENCIA:	Uchada			MUNICIPIO RESIDENCIA:	comanbo.

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X	Heterosexual: X	PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X	Afrocolombiano		Room/Gitano
	Homosexual		Comunidad negra		Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	Bisexual		Indígena		
	Información no disponible		Palenquero		No se autoreconoce en ninguna: X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado	Damnificado desastre natural	Población zonas frontera	Víctima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (as) de madres cabeza de Familia	Desmovilizado o reinsertado	En condición de discapacidad	Población zonas frontera
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	Ejercicio del trabajo sexual	No aplica: X	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia	Preescolar	Básica	Secundaria	Media: X	Básica adultos	Secundaria adultos	
Media adultos	Técnico/Tecnológico	Profesional Universitario Posgrado Maestría	Ninguno	Información no disponible			

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO:	joseenriquedonare2308@gmail.	CELULAR:	3135722635	TELÉFONO:	3135722635		
DIRECCIÓN:	calle 7 -7-75.	BARRIO:	alcaldan	VIVIENDA PROPIA	Si: X	ZONA RURAL	Si: X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)	Indefinido: X	FECHA INGRESO	FECHA TERMINACION	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:	
	Fijo	21/04/2024 (DIA MES AÑO)	(DIA MES AÑO)	1'300.000	Auxiliar de cocina.	NUEVA EPS.	
	Por tarea						

NÚMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
DIRECCIÓN TRABAJO: hospital san francisco
BARRIO: MUNICIPIO: comanbo
DEPARTAMENTO: uchada.

Diligencio estos campos únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC:
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)	Cédula de Ciudadanía	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)	Pasaporte	NUMERO DE IDENTIFICACION:
	Carné Diplomático	NUIP	Visa	
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaria de Educación	
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo		

DIRECCION DE RESIDENCIA | TELEFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:						
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC:	NIT	CC	
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:			

	FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA	VERSION: 3 FECHA: 13/12/2018 PAGINA 2 DE 3

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTAPARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No.: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:

www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Jose Pinare.

FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación:		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA:

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL

FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año

FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año

RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Consorcio hdc

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.783.385

SECTOR: (Marque con una X) Público [ ] Privado [X] Mixto [ ]

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de identificación) NIT: CÉDULA DE CIUDADANÍA:

DIRECCIÓN: Cll 23 N°6-36 TELEFONO: 3136206605 CELULAR:

CIUDAD: cumaribo uchada CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICIÓN DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [X]	SERVICIO DOMESTICO [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 0 6% [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ]	PENSIONADO APORTE 0% [ ]	
PENSIONADO APORTE 0 6% [ ]	PENSIONADO APORTE 2% [ ]	RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ]	OTRO ¿Cual?		
MADRE COMUNITARIA [ ]	FACULTATIVO [ ]	FIDELIDAD [ ]	VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ]	CONCEJALES [ ]	

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACION:
	Cedula de Ciudadania	[X]	Permiso Especial de Permanencia	[ ]	Pasaporte [ ]	1.192.772.735.
	Carné Diplomatico	[ ]	NUIP	[ ]	Visa [ ]	
	Registro Civil	[ ]	Cédula de Extranjeria	[ ]	Identificación dada por la Secretaria de Educación [ ]	
	Tarjeta de Identidad	[ ]	Certificado Cabildo	[ ]		

PRIMER NOMBRE: leidy SEGUNDO NOMBRE: Katherine

PRIMER APELLIDO: Salcedo SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez

FECHA NACIMIENTO: Dia 06 Mes 06 Año 1994 GÉNERO: Marque con una X — Hombre [X] Mujer [ ] Indeterminado [ ]

Marque con una X — ESTADO CIVIL: Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Unión libre [ ]

PAIS DE NACIMIENTO: colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: uchada MUNICIPIO DE NACIMIENTO: cumaribo

PAÍS RESIDENCIA: colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: uchada MUNICIPIO RESIDENCIA: cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X		PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X			
Heterosexual	[X]	Afrocolombiano	[ ]	Room/Gitano	[ ]
Homosexual	[ ]	Comunidad negra	[ ]	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	[ ]
Bisexual	[ ]	Indígena	[ ]		
Información no disponible	[ ]	Palenquero	[ ]	No se autoreconoce en ninguna	[X]

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ]	Damnificado desastre natural [ ]	Población zonas fronteras [ ]	Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ]	Desmovilizado o reinsertado [ ]	En condición de discapacidad [ ]	Población zonas frontera [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ]	Ejercicio del trabajo sexual [ ]	No aplica	[X]

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ]	Preescolar [ ]	Básica [ ]	Secundaria [ ]	Media [ ]	Básica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	Profesional Universitario Posgrado Maestría [ ]	Ninguno [ ]	Información no disponible	[X]

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: saludokedy898@gmail.com CELULAR: 3127107444 TELÉFONO: 3227107444

DIRECCIÓN: calle 12-49 Ba BARRIO: Nicolino matar VIVIENDA PROPIA Si [X] ZONA RURAL Si [X]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)		FECHA INGRESO (DIA MES AÑO)	FECHA TERMINACIÓN (DIA MES AÑO)	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
Indefinido	[X]	25 04 2024		1500000	Almacenista	mallamas
Fijo	[ ]					
Por tarea	[ ]					

NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240

DIRECCION TRABAJO: hospital san juancito del

BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo

DEPARTAMENTO: uchada.

Diligencie estos campos únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.

EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:

SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
HORAS AL MES:	DPTO:	PAIS:	Nro:		

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACION:
	Cédula de Ciudadanía	[ ]	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)	[ ]	Pasaporte [ ]	
	Carné Diplomático	[ ]	NUIP	[ ]	Visa [ ]	
	Registro Civil	[ ]	Cédula de Extranjería	[ ]	Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]	
	Tarjeta de Identidad	[ ]	Certificado Cabildo	[ ]		

DIRECCION DE RESIDENCIA TELEFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:					
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAIS:	Nro:		

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Versión: 1
FECHA: 13/12/2021
Página 2 DE 3

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:
www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

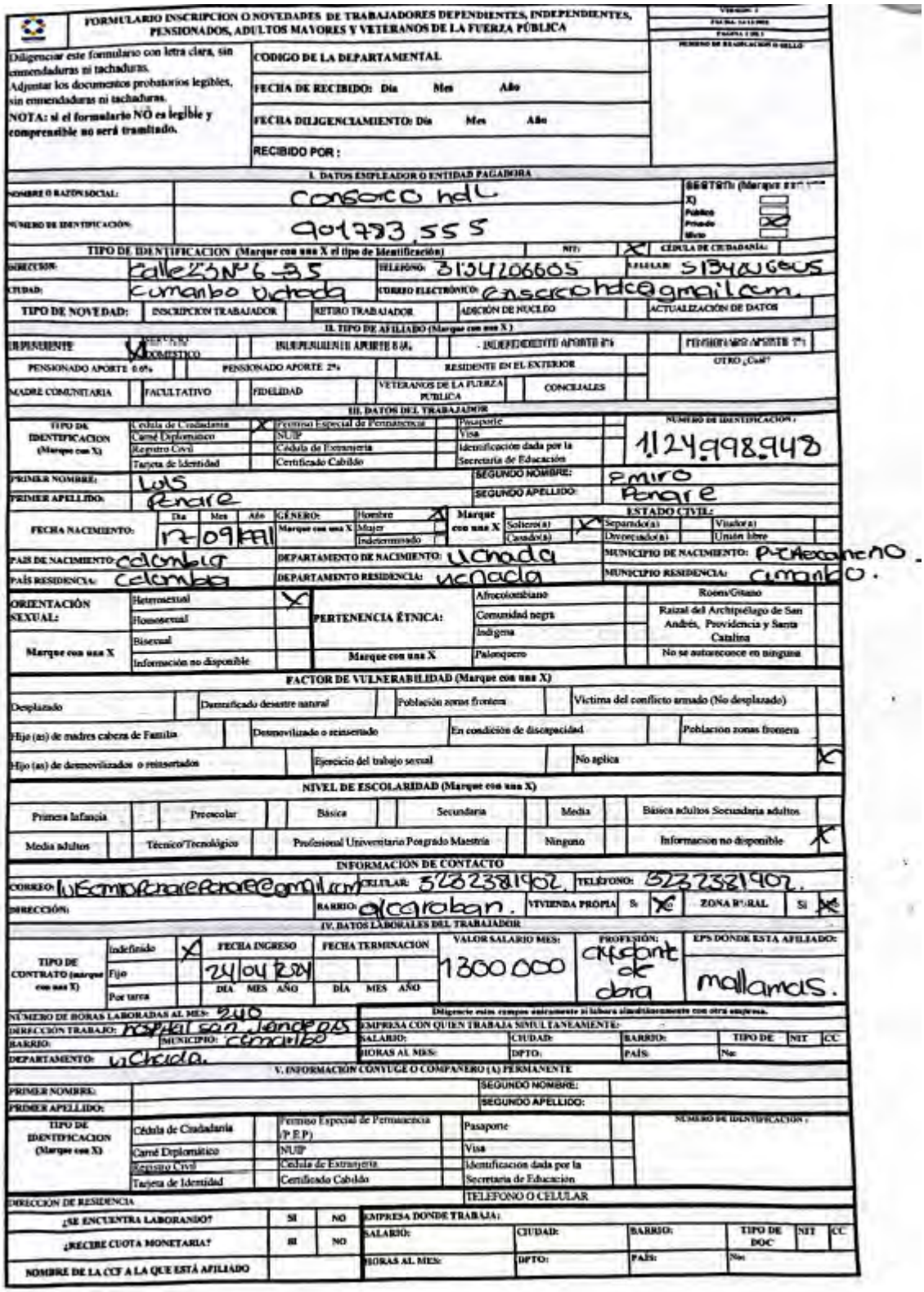
leidy Salcedo.
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación:		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA



FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL
FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: consorcio hdl
NUMERO DE IDENTIFICACION: 901783,555
SECTOR: (Marque con una X) Público ☐ Privado ☒ Mixto ☐
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: X CEDULA DE CIUDADANIA:
DIRECCION: calle 53 N° 6-35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR: 3134206605
CIUDAD: cumbo victoria CORREO ELECTRONICO: consorciohdc@gmail.com.
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR ☐ RETIRO TRABAJADOR ☐ ADICIÓN DE NUCLEO ☐ ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE X SERVICIO DOMESTICO ☐ INDEPENDIENTE APORTE 0.6% ☐ INDEPENDIENTE APORTE 2% ☐ PENSIONADO APORTE 2% ☐
PENSIONADO APORTE 0.6% ☐ PENSIONADO APORTE 2% ☐ RESIDENTE EN EL EXTERIOR ☐ OTRO ¿Cual? ☐
MADRE COMUNITARIA ☐ FACULTATIVO ☐ FIDELIDAD ☐ VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA ☐ CONCEJALES ☐

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACION:
	Cédula de Ciudadanía	X	Permiso Especial de Permanencia		Pasaporte	1.124.998.948
	Carné Diplomático		NUIP		Visa	
	Registro Civil		Cédula de Extranjería		Identificación dada por la Secretaría de Educación	
	Tarjeta de Identidad		Certificado Cabildo			

PRIMER NOMBRE: LUIS — SEGUNDO NOMBRE: EMIRO
PRIMER APELLIDO: Arare — SEGUNDO APELLIDO: Arare
FECHA NACIMIENTO: Día 17 Mes 09 Año 1991 — GENERO: Hombre X, Mujer, Indeterminado — Marque con una X — ESTADO CIVIL: Soltero(a) X, Casado(a), Separado(a), Divorciado(a), Viudo(a), Unión libre
PAIS DE NACIMIENTO: colombia — DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: Vichada — MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Puerto carreño.
PAÍS RESIDENCIA: colombia — DEPARTAMENTO RESIDENCIA: vichada — MUNICIPIO RESIDENCIA: cumbo.

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X			PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X		
	Heterosexual	X		Afrocolombiano	
	Homosexual			Comunidad negra	
	Bisexual			Indígena	
	Información no disponible			Palenquero	
				Room/Gitano	
				Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	
				No se autoreconoce en ninguna	

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado		Damnificado desastre natural		Población zonas frontera		Victima del conflicto armado (No desplazado)	
Hijo (as) de madres cabeza de Familia		Desmovilizado o reinsertado		En condición de discapacidad		Poblacion zonas frontera	
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados		Ejercicio del trabajo sexual		No aplica	X		

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia		Preescolar		Básica		Secundaria		Media		Básica adultos Secundaria adultos	
Media adultos		Técnico/Tecnológico		Profesional Universitario Posgrado Maestría		Ninguno		Informacion no disponible	X		

INFORMACION DE CONTACTO

CORREO: luisemiroarare@gmail.com — CELULAR: 3232381902 — TELEFONO: 3232381902.
DIRECCIÓN: — BARRIO: algaroban. — VIVIENDA PROPIA SI X — ZONA RURAL SI X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)			FECHA INGRESO Día Mes Año	FECHA TERMINACION Día Mes Año	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
	Indefinido	X	24/04/2024		1300000	auxiliar de obra	mallamas.
	Fijo						
	Por tarea						

NÚMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
DIRECCIÓN TRABAJO: Hospital San Jerónimo
BARRIO: — MUNICIPIO: cumaribo
DEPARTAMENTO: vichada.

Diligencie estos campos unicamente si labora simultaneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE: — SALARIO: — CIUDAD: — BARRIO: — TIPO DE DOC — NIT — CC
HORAS AL MES: — DPTO: — PAÍS: — No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: — SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: — SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACION:
	Cédula de Ciudadanía		Permiso Especial de Permanencia (PEP)		Pasaporte	
	Carné Diplomático		NUIP		Visa	
	Registro Civil		Cédula de Extranjería		Identificacion dada por la Secretaria de Educación	
	Tarjeta de Identidad		Certificado Cabildo			

DIRECCION DE RESIDENCIA — TELEFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO		

EMPRESA DONDE TRABAJA: — SALARIO: — CIUDAD: — BARRIO: — TIPO DE DOC — NIT — CC
HORAS AL MES: — DPTO: — PAÍS: — No:

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSION: 3
FECHA: 13/12/2021
PAGINA 2 DE 3

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No.: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web: www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Luis Enrique Rendon

FIRMA TRABAJADOR FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL

FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año

FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año

RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: consorcio hdc

NUMERO DE IDENTIFICACION: 901783555

SECTOR: (Marque con una X) Público [ ] Privado [X] Mixto [ ]

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de identificación) NIT: X CÉDULA DE CIUDADANÍA: [ ]

DIRECCION: calle 23N6-35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR:

CIUDAD: cumaribo ucrada CORREO ELECTRONICO: consorciohdc@gmail.com

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICION DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE X	SERVICIO DOMESTICO [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 0 6% [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ]	PENSIONADO APORTE 0% [ ]	
PENSIONADO APORTE 3.0% [ ]	PENSIONADO APORTE 2% [ ]	RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ]		OTRO ¿Cual?	
MADRE COMUNITARIA [ ]	FACULTATIVO [ ]	FIDELIDAD [ ]	VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ]	CONCEJALES [ ]	

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)					
	Cédula de Ciudadanía X	Permiso Especial de Permanencia [ ]	Pasaporte [ ]	NUMERO DE IDENTIFICACION: 11.280.464.	
	Carné Diplomático [ ]	NUIP [ ]	Visa [ ]		
	Registro Civil [ ]	Cédula de Extranjería [ ]	Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]		
	Tarjeta de Identidad [ ]	Certificado Cabildo [ ]			

PRIMER NOMBRE: luis SEGUNDO NOMBRE: Gerardo

PRIMER APELLIDO: Algarra SEGUNDO APELLIDO: Alfonso

FECHA NACIMIENTO: Día 30 Mes 05 Año 1968 GÉNERO: Marque con una X — Hombre X, Mujer [ ], Indeterminado [ ]

ESTADO CIVIL: Marque con una X — Soltero(a) [ ], Casado(a) [ ], Separado(a) [ ], Divorciado(a) [ ], Viudo(a) [ ], Unión libre X

PAIS DE NACIMIENTO: colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: cundinamarca MUNICIPIO DE NACIMIENTO: medina

PAÍS RESIDENCIA: colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: ucrada MUNICIPIO RESIDENCIA: cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X		PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X	
Heterosexual	X	Afrocolombiano	Room/Gitano
Homosexual		Comunidad negra	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Bisexual		Indígena	
Información no disponible		Palenquero	No se autoreconoce en ninguna X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado	Damnificado desastre natural	Población zonas frontera	Victima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (as) de madres cabeza de Familia	Desmovilizado o reinsertado	En condición de discapacidad	Población zonas frontera
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	Ejercicio del trabajo sexual	No aplica X	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia		Preescolar		Básica		Secundaria		Media		Básica adultos Secundaria adultos	
Media adultos		Técnico/Tecnológico		Profesional Universitario Posgrado Maestría		Ninguno		Información no disponible X	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: gerardoalgarra0520@gmail.com CELULAR: 3118383555 TELÉFONO:

DIRECCIÓN: santa teresita BARRIO: cll 24 #6 VIVIENDA PROPIA SI: X ZONA RURAL SI: X

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)		FECHA INGRESO (DIA MES AÑO)	FECHA TERMINACION (DIA MES AÑO)	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
Indefinido	X	30/04/24		1300000	CELADOR	MALAMAS.
Fijo						
Por tarea						

NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240

Diligencie estos ramplones únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.

DIRECCION TRABAJO: Natural sin juan de pas EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:

BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE: NIT: CC:

DEPARTAMENTO: ucrada HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)					
	Cédula de Ciudadanía	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)	Pasaporte	NUMERO DE IDENTIFICACION:	
	Carné Diplomático	NUIP	Visa		
	Registro Civil	Cédula de Extranjería	Identificación dada por la Secretaría de Educación		
	Tarjeta de Identidad	Certificado Cabildo			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TELÉFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:					
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:		

	FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA	VERSION: 3 FECHA: 13/12/2021 Pagina 1 de 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.C.AB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No : _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:

www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Gerardo Algarra
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	Fecha Aprobación	DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL

FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año

FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año

RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Consorcio hdc

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.783.555

SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de identificación) NIT: [X] CÉDULA DE CIUDADANÍA: [ ]

DIRECCIÓN: calle 23#6-35 TELEFONO: 3136206605 CELULAR: 3136206605

CIUDAD: cumaribo vichada CORREO ELECTRÓNICO: Conserachdc@gmail.com.

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICIÓN DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. EL TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [X]	SERVICIO DOMESTICO [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 0 6% [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ]	PENSIONADO APORTE 0% [ ]
PENSIONADO APORTE 0 6% [ ]	PENSIONADO APORTE 2% [ ]	RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ]	OTRO ¿Cual?	
MADRE COMUNITARIA [ ]	FACULTATIVO [ ]	FIDELIDAD [ ]	VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ]	CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
	Cédula de Ciudadanía	X	Permiso Especial de Permanencia		Pasaporte	1.124993341
	Carné Diplomático		NUIP		Visa	
	Registro Civil		Cédula de Extranjería		Identificación dada por la Secretaría de Educación	
	Tarjeta de Identidad		Certificado Cabildo			

PRIMER NOMBRE: Nestor SEGUNDO NOMBRE: Jhair

PRIMER APELLIDO: Algarra SEGUNDO APELLIDO: perez.

FECHA NACIMIENTO: Dia 23 Mes 06 Año 1988

GENERO: Hombre [X] Mujer [ ] Indeterminado [ ] (Marque con una X)

ESTADO CIVIL: (Marque con una X) Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Unión libre [ ]

PAIS DE NACIMIENTO: colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: cundinamarca MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Paratebueno

PAÍS RESIDENCIA: colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: vichada MUNICIPIO RESIDENCIA: Cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL: (Marque con una X)			PERTENENCIA ÉTNICA: (Marque con una X)		
	Heterosexual	X		Afrocolombiano	Room/Gitano
	Homosexual			Comunidad negra	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	Bisexual			Indígena	
	Información no disponible			Palenquero	No se autoreconoce en ninguna X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado	Damnificado desastre natural	Población zonas fronteriza	Victima del conflicto armado (No desplazado)
Hijo (as) de madres cabeza de Familia	Desmovilizado o reinsertado	En condición de discapacidad	Población zonas frontera
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	Ejercicio del trabajo sexual	No aplica X	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia	Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica adultos Secundaria adultos
Media adultos	Técnico/Tecnológico	Profesional Universitario Posgrado Maestría	Ninguno	Información no disponible X	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: nestorjhairalgarra1988@gmail.com CELULAR: 3223808551 TELÉFONO: 3223808551

DIRECCIÓN: BARRIO: Alcaraban VIVIENDA PROPIA SI [X] ZONA RURAL SI [X]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X)			FECHA INGRESO Dia Mes Año	FECHA TERMINACION Dia Mes Año	VALOR SALARIO MES:	PROFESIÓN:	EPS DONDE ESTA AFILIADO:
	Indefinido	X	24 04 2024		1'300.000	cirujano de obra	mallamas.
	Fijo						
	Por tarea						

NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240

DIRECCION TRABAJO: HOSPITAL San Joaquin DPTO

BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo

DEPARTAMENTO: vichada.

Diligencie estos campos únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.

EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:					
SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:		

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)						NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
	Cédula de Ciudadanía		Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)		Pasaporte	
	Carné Diplomático		NUIP		Visa	
	Registro Civil		Cédula de Extranjería		Identificación dada por la Secretaría de Educación	
	Tarjeta de Identidad		Certificado Cabildo			

DIRECCION DE RESIDENCIA: TELÉFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO?	SI	NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:					
¿RECIBE CUOTA MONETARIA?	SI	NO	SALARIO:	CIUDAD:	BARRIO:	TIPO DE DOC	NIT	CC
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO			HORAS AL MES:	DPTO:	PAÍS:	No:		

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Versión: 1
FECHA: 01/2021
Página 1 de 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) -T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ESE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No.: _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web:
www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Nestor Perez
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL:
FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año
RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: consorcio hdc
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901783555
SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: CEDULA DE CIUDADANÍA:
DIRECCIÓN: calle 23# 6-35 TELEFONO: 3184206605 CELULAR:
CIUDAD: cumbaychada CORREO ELECTRONICO: consorciohdc@gmail.com
TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCION TRABAJADOR [X] RETIRO TRABAJADOR [ ] ADICIÓN DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [ ] SERVICIO DOMESTICO [ ] INDEPENDIENTE APORTE 0 6% [ ] INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ] PENSIONADO APORTE 0% [ ]
PENSIONADO APORTE 0 6% [ ] PENSIONADO APORTE 2% [ ] RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ] OTRO ¿Cual?
MADRE COMUNITARIA [X] FACULTATIVO [ ] FIDELIDAD [ ] VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA [ ] CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía [X] | Permiso Especial de Permanencia [ ] | Pasaporte [ ]
Carné Diplomatico [ ] | NUIP [ ] | Visa [ ]
Registro Civil [ ] | Cédula de Extranjería [ ] | Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
Tarjeta de Identidad [ ] | Certificado Cabildo [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1.124.997772

PRIMER NOMBRE: Noelly
SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: Galvis
SEGUNDO APELLIDO: Benavides

FECHA NACIMIENTO: Día 25 Mes 07 Año 1991
GENERO: Marque con una X — Hombre [ ] Mujer [X] Indeterminado [ ]
ESTADO CIVIL: Marque con una X — Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Unión libre [X]
PAIS DE NACIMIENTO: colombia
DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: Guaviare
MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Miraflores
PAÍS RESIDENCIA: colombia
DEPARTAMENTO RESIDENCIA: cundinamarca
MUNICIPIO RESIDENCIA: Cumbaychada

ORIENTACIÓN SEXUAL: Marque con una X — Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]
PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X — Afrocolombiano [ ] | Comunidad negra [ ] | Indigena [ ] | Palenquero [ ] | Room/Gitano [ ] | Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] | No se autoreconoce en ninguna [X]

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ] | Damnificado desastre natural [ ] | Población zonas frontera [ ] | Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ] | Desmovilizado o reinsertado [ ] | En condición de discapacidad [ ] | Población zonas frontera [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ] | Ejercicio del trabajo sexual [ ] | No aplica [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ] | Preescolar [ ] | Básica [ ] | Secundaria [ ] | Media [ ] | Básica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ] | Técnico/Tecnológico [ ] | Profesional Universitario Posgrado Maestria [ ] | Ninguno [ ] | Información no disponible [X]

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: consorciohdc@gmail.com CELULAR: 3118383555 TELÉFONO:
DIRECCIÓN: Ataraban BARRIO: Santa teresita VIVIENDA PROPIA Si [ ] No [X] ZONA RURAL Si [X] No [ ]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X): Indefinido [X] | Fijo [ ] | Por tarea [ ]
FECHA INGRESO: Día 30 Mes 04 Año 24
FECHA TERMINACION: Día Mes Año
VALOR SALARIO MES: 1.300.000
PROFESIÓN: SISOPE OBRA
EPS DONDE ESTA AFILIADO: NUEVA EPS
NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240
DIRECCION TRABAJO: hospital san juan de dios
BARRIO: MUNICIPIO: cumbay
DEPARTAMENTO: cundinamarca

Diligencie estos campos unicamente si labora simultáneamente con otra empresa.
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC:
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE:
SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO:
SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X): Cédula de Ciudadanía [ ] | Permiso Especial de Permanencia (P E P) [ ] | Pasaporte [ ]
Carné Diplomático [ ] | NUIP [ ] | Visa [ ]
Registro Civil [ ] | Cédula de Extranjería [ ] | Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
Tarjeta de Identidad [ ] | Certificado Cabildo [ ]
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCION DE RESIDENCIA: TELEFONO O CELULAR:

¿SE ENCUENTRA LABORANDO? SI [ ] NO [ ]
¿RECIBE CUOTA MONETARIA? SI [ ] NO [ ]
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO:

EMPRESA DONDE TRABAJA:
SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC: NIT: CC:
HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No:

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSION: 1
FECHA: 13-12-2013
PAGINA 1 DE 1

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.C.AB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				
			M F I				

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: _____ BANCO _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web: www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

Nady Galu2
FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO	SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	FECHA DE REVISIÓN DIA MES AÑO	Fecha Aprobación DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras.
Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras.
NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL

FECHA DE RECIBIDO: Dia Mes Año

FECHA DILIGENCIAMIENTO: Dia Mes Año

RECIBIDO POR :

I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Consorcio hdc.

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901.783.555.

SECTOR: (Marque con una X) Publico [ ] Privado [X] Mixto [ ]

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación) NIT: [X] CEDULA DE CIUDADANIA: [ ]

DIRECCIÓN: calle 23#6-35 TELEFONO: 3134206605 CELULAR: 3134206605

CIUDAD: Cumaribo uchada CORREO ELECTRÓNICO: consorciohdc@gmail.com

TIPO DE NOVEDAD: INSCRIPCIÓN TRABAJADOR [ ] RETIRO TRABAJADOR [X] ADICION DE NUCLEO [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE [X] SERVICIO DOMESTICO	INDEPENDIENTE APORTE 0 6% [ ]	INDEPENDIENTE APORTE 2% [ ]	PENSIONADO APORTE 0% [ ]	
PENSIONADO APORTE 0.6% [ ]	PENSIONADO APORTE 2% [ ]	RESIDENTE EN EL EXTERIOR [ ]	OTRO ¿Cual?	
MADRE COMUNITARIA [ ]	FACULTATIVO [ ]	FIDELIDAD [ ]	VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA [ ]	CONCEJALES [ ]

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X):
- Cédula de Ciudadanía [ ]
- Permiso Especial de Permanencia [X]
- Pasaporte [ ]
- Carné Diplomático [ ]
- NUIP [ ]
- Visa [ ]
- Registro Civil [ ]
- Cédula de Extranjería [ ]
- Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
- Tarjeta de Identidad [ ]
- Certificado Cabildo [ ]

NUMERO DE IDENTIFICACION : 1127.382860

PRIMER NOMBRE: orlando SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: fonseca SEGUNDO APELLIDO: gomez

FECHA NACIMIENTO: Dia 23 Mes 06 Año 1984 GENERO: Hombre [ ] Mujer [ ] Indeterminado [ ] Marque con una X

ESTADO CIVIL: Marque con una X — Soltero(a) [X] Casado(a) [ ] Separado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Unión libre [ ]

PAIS DE NACIMIENTO: colombia DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: Vichada MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Cumaribo

PAÍS RESIDENCIA: Colombia DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Uchada. MUNICIPIO RESIDENCIA: Cumaribo

ORIENTACIÓN SEXUAL (Marque con una X):
- Heterosexual [X]
- Homosexual [ ]
- Bisexual [ ]
- Información no disponible [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA (Marque con una X):
- Afrocolombiano [ ]
- Comunidad negra [ ]
- Indígena [ ]
- Palenquero [ ]
- Room/Gitano [ ]
- Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ]
- No se autoreconoce en ninguna [X]

FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)

Desplazado [ ]	Damnificado desastre natural [ ]	Población zonas fronteras [ ]	Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de Familia [ ]	Desmovilizado o reinsertado [ ]	En condición de discapacidad [ ]	Población zonas fronteras [X]
Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ]	Ejercicio del trabajo sexual [ ]	No aplica [ ]	

NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)

Primera Infancia [ ]	Preescolar [ ]	Básica [ ]	Secundaria [ ]	Media [ ]	Basica adultos Secundaria adultos [ ]
Media adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	Profesional Universitario Postgrado Maestría [ ]	Ninguno [ ]	Información no disponible [X]	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CORREO: orlandofonseca@hotmail.com CELULAR: 3118754584 TELEFONO: 3118754584.

DIRECCIÓN: BARRIO: nuevo horizonte VIVIENDA PROPIA SI [X] NO [ ] ZONA RURAL SI [X] NO [ ]

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE CONTRATO (marque con una X): Indefinido [X] Fijo [ ] Por tarea [ ]

FECHA INGRESO: DIA 24 MES 04 AÑO 2024

FECHA TERMINACION: DIA MES AÑO

VALOR SALARIO MES: 1300.000

PROFESIÓN: auxiliar de aseo

EPS DONDE ESTA AFILIADO: malbranS.

NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: 240

Diligencie estos campos únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.

DIRECCION TRABAJO: hospital san juan de dios

BARRIO: MUNICIPIO: cumaribo

DEPARTAMENTO: Uchada.

EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:

SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC NIT CC

HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No

V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X):
- Cédula de Ciudadanía [ ]
- Permiso Especial de Permanencia (P.E.P) [ ]
- Pasaporte [ ]
- Carné Diplomático [ ]
- NUIP [ ]
- Visa [ ]
- Registro Civil [ ]
- Cédula de Extranjería [ ]
- Identificación dada por la Secretaría de Educación [ ]
- Tarjeta de Identidad [ ]
- Certificado Cabildo [ ]

NUMERO DE IDENTIFICACION :

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TELEFONO O CELULAR

¿SE ENCUENTRA LABORANDO? SI [ ] NO [ ]

¿RECIBE CUOTA MONETARIA? SI [ ] NO [ ]

NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO

EMPRESA DONDE TRABAJA:

SALARIO: CIUDAD: BARRIO: TIPO DE DOC NIT CC

HORAS AL MES: DPTO: PAÍS: No

FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

VERSION: 3
FECHA: 13/12/2021
PAGINA 2 DE 3

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) -VISA (VISA)

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						
			M	F	I						

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No.: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la pagina Web: www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales " y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI X NO

orlando gomez .
FIRMA TRABAJADOR

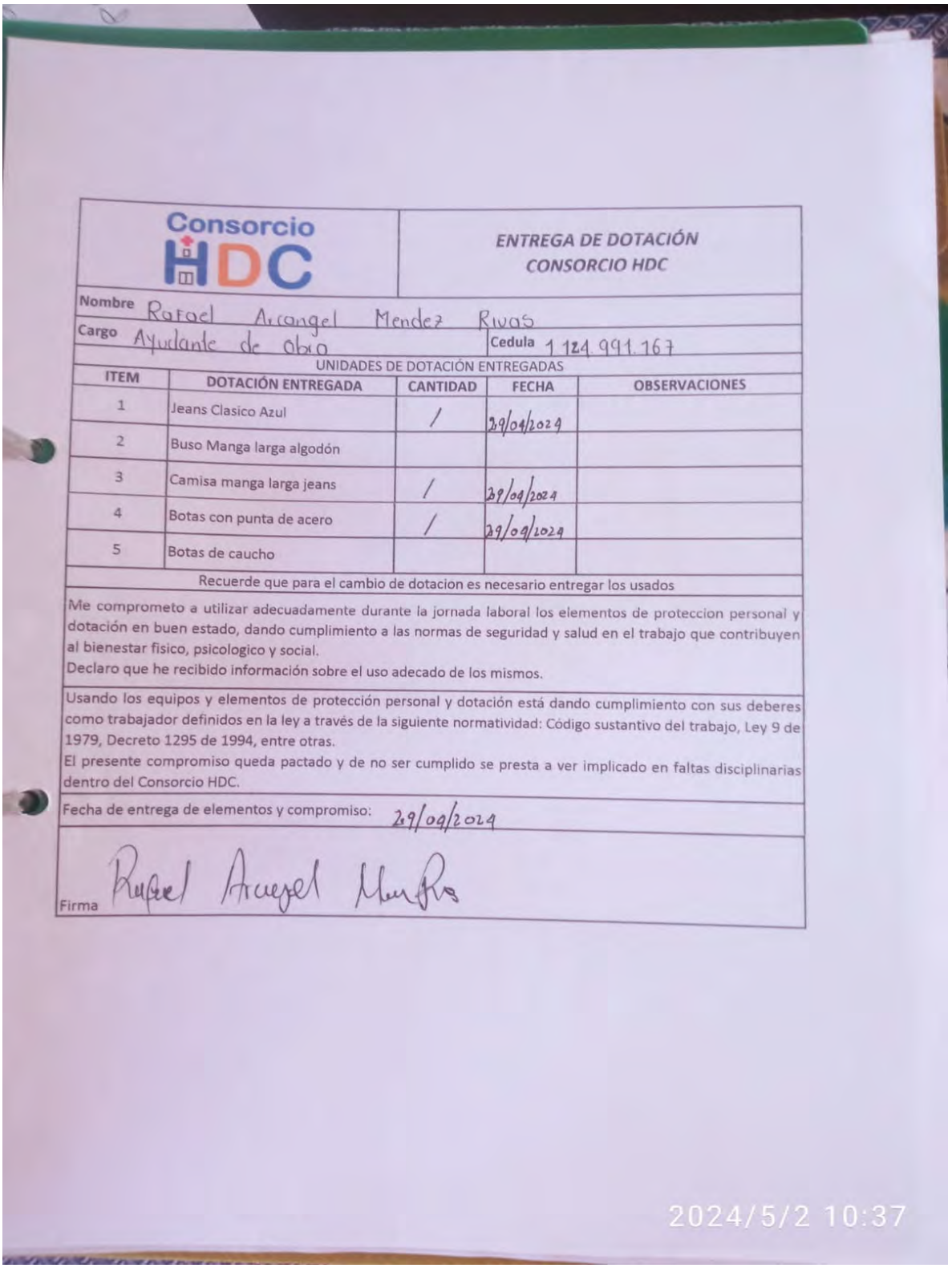
FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO	REVISADO	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	Fecha Aprobación:		
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

OBSERVACIONES COMCAJA

FORMULARIO DE ENTREGA DE EPP



Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Rafael Arcangel Mendez Rivas

Cargo Ayudante de obra Cedula 1 124 991 167

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	/	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	/	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	/	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma Rafael Arcangel Mendez

2024/5/2 10:37

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Rafael Arcangel Mendez Rivas

CARGO: Ayudante de obra CEDULA: 1.124.991.167

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1	29/04/2024	
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: Rafael Angel Mendez R

2024/5/2 10:37

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Orlando Fonseca Gomez

CARGO : Ayudante de obra CEDULA : 1.127.382.860

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1	29/04/2024	
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: ORLANDO FONSECA.

2024/5/2 10:37

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre: Noelly Galviz Benjumea

Cargo: SISO

Cedula: 1.124.997772

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul			
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans			
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

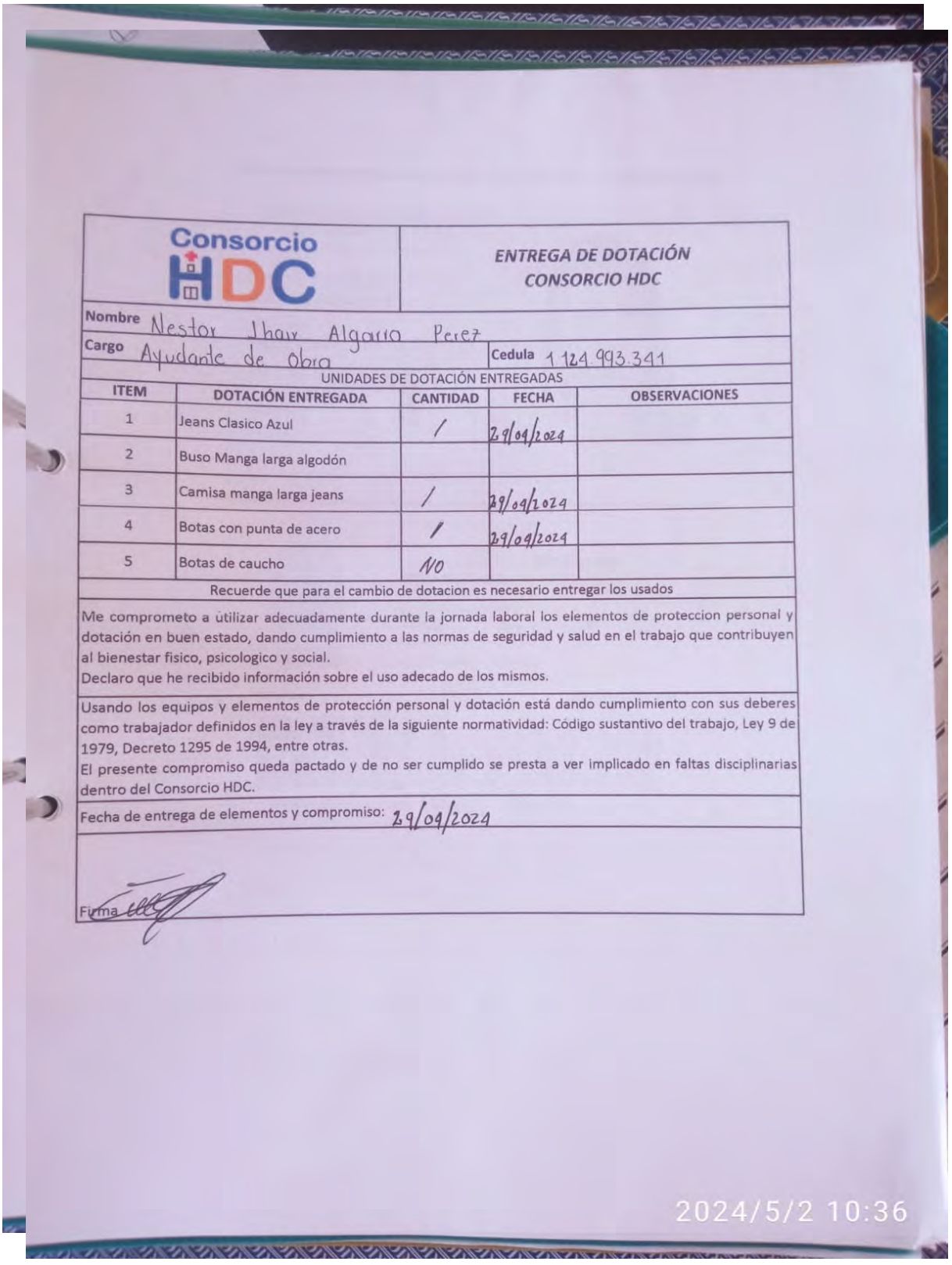
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma Noelly Galviz Benjumea

2024/5/2 10:36



Consorcio HDC	ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Nestor Jhair Algarra Perez

Cargo Ayudante de Obra **Cedula** 1.124.993.341

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho	NO		

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a útilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma

2024/5/2 10:36

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Nestor Jhair Algarra Perez

Cargo Ayudante de obra **Cedula** 1.124.993.341

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho	NO		

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma

2024/5/2 10:36

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE : Nestor Javi Algarra Perez

CARGO : Ayudante de obra CEDULA : 1.124.993.341

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos			
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma:

2024/5/2 10:36

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Leidy Catherine Salcedo Rodriguez

Cargo Almacenista **Cedula** 1.192.772.735

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	2	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans			
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma Leidy Salcedo.

2024/5/2 10:36

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Luis Emmiro Ponare Ponare

Cargo Ayudante de obra | Cedula 1.124.998.948

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	/	29/09/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	/	29/09/2024	
4	Botas con punta de acero	/	29/09/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/09/2024

Firma Luis Emiro Ponare P.

2024/5/2 10:36

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Luis Emiro Ponare Ponare

CARGO: Ayudante de obra CEDULA: 1.124.998.948

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos			
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma:

2024/5/2 10:35

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Luis Gerardo Algarra Alfonso

Cargo Celador | Cedula 11.280.464

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul			
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero			
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma Gerardo Algarra

2024/5/2 10:35

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN
CONSORCIO HDC

Nombre: Jose Enrique Pomare

Cargo: Ayudante de obra | Cedula: 5.722.870

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: José E. Pomare

2024/5/2 10:35

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Jairo Gaitan Galindo

Cargo Ayudante de Obra **Cedula** 1.006.950.328

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

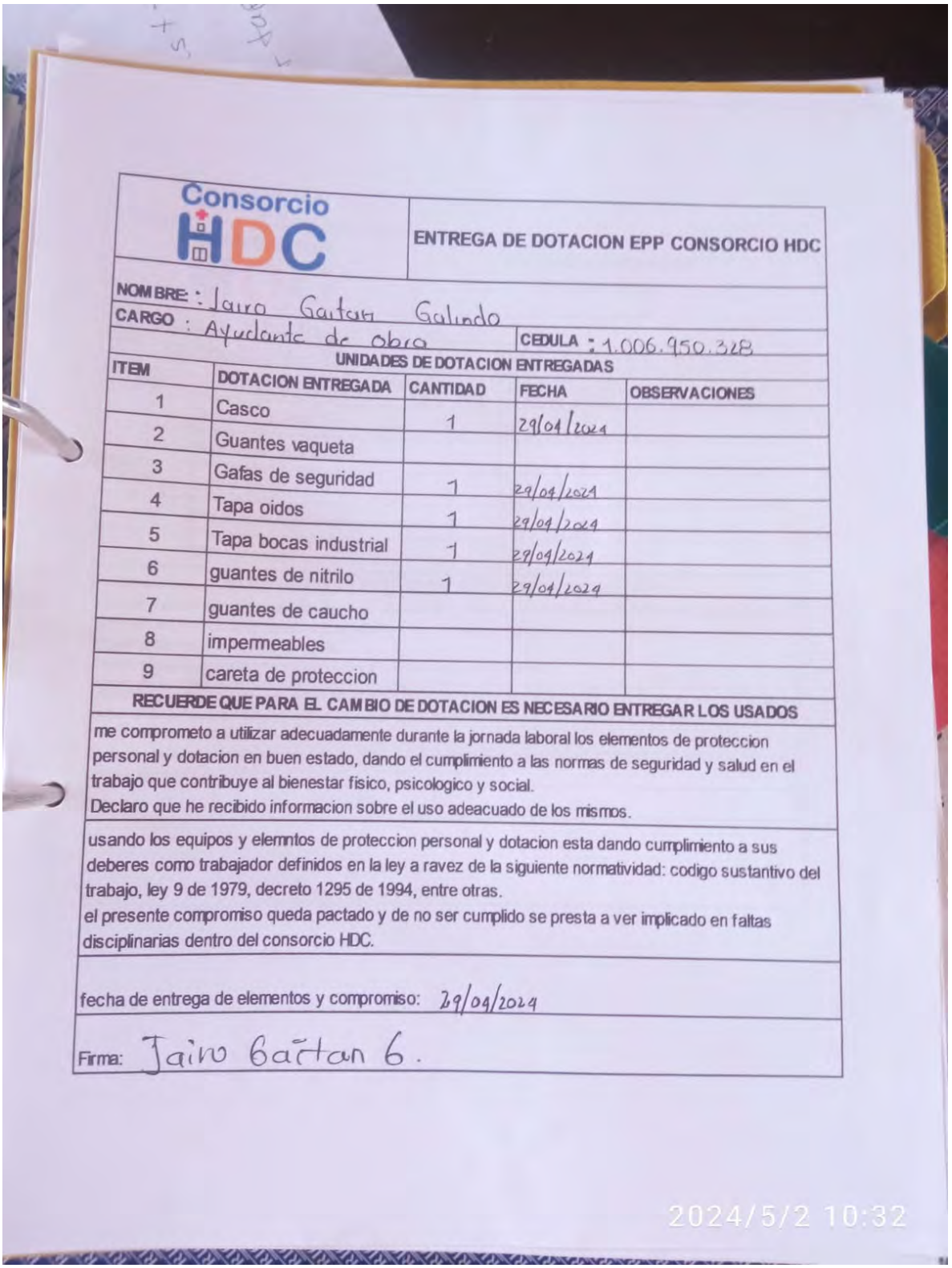
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma Jairo Gaitan Galindo

2024/5/2 10:32



Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Jairo Gaitan Galindo

CARGO: Ayudante de obra

CEDULA: 1.006.950.328

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1	29/04/2024	
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: Jairo Gaitan G.

2024/5/2 10:32

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE : Hector Cipriano Sanchez Errerruma

CARGO : Ayudante de obra CEDULA : 1006951188

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos			
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: Hector Sanchez

2024/5/2 10:27

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN
CONSORCIO HDC

Nombre Felix luis Sanchez Gondellez

Cargo Obrero

Cedula 8.190.705

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma

2024/5/2 10:27

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE : Felix Luis Sanches Gondellez

CARGO : Ayudante de obra CEDULA : 8190.705

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos			
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma:

2024/5/2 10:27

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre Charles Brayan Reina Capa

Cargo Ayudante de obra Cedula 1.124.990.631

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma Charles

2024/5/2 10:26

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Charles Brayan Reina Capa

CARGO: Ayudante de obra | CEDULA: 1124.990.631

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1	29/04/2024	
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: Charles

2024/5/2 10:26

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE : Costmeth Damian Zuluaga Bonilla

CARGO : Ayudante de Obra CEDULA : 1125.002.395

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1	29/04/2024	
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma:

2024/5/2 10:26

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre: Costmeth Damian Zuluaga Bonilla

Cargo: Ayudante de obra | Cedula: 1.125.002.345

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar físico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre: Ciro Iair Arango Castillo

Cargo: Ayudante de obra Cedula: 1.124.993.310

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	/	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	/	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	/	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma

2024/5/2 10:26

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Ciro Javier Arango Castillo

CARGO: Ayudante de obra CEDULA: 1.124.993.310

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1	29/04/2024	
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

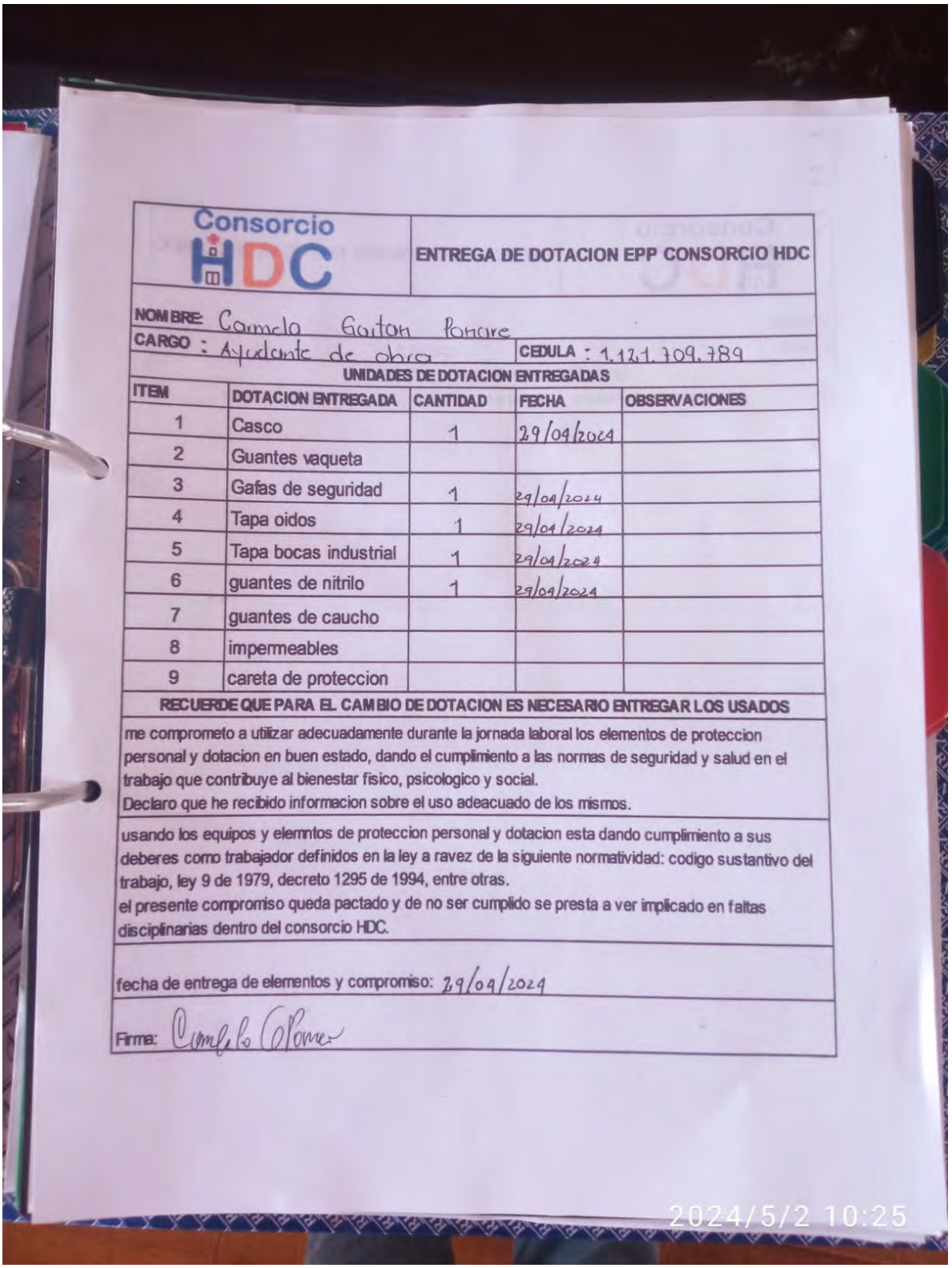
me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma:

2024/5/2 10:25



Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Camelo Gaitan Pomare

CARGO : Ayudante de obra

CEDULA : 1.121.709.789

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1	29/04/2024	
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: Camelo Gaitan Pomare

2024/5/2 10:25

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN CONSORCIO HDC

Nombre: Bilcen Reina Galindo

Cargo: Ayudante de Obra | Cedula: 6.848.517

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

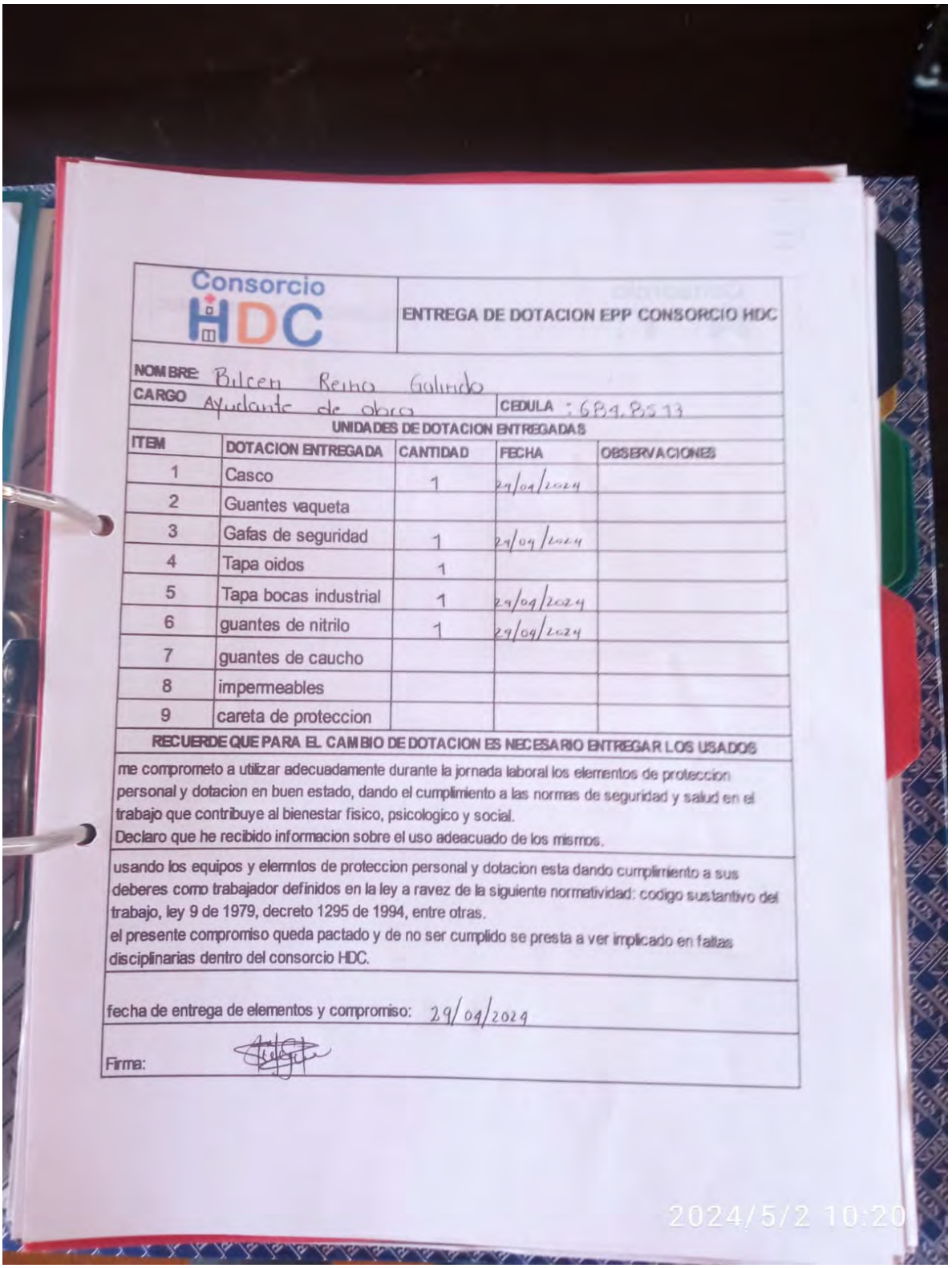
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma

2024/5/2 10:20



Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Bilcen Reina Galindo

CARGO Ayudante de obra CEDULA : 684.853.13

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos	1		
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

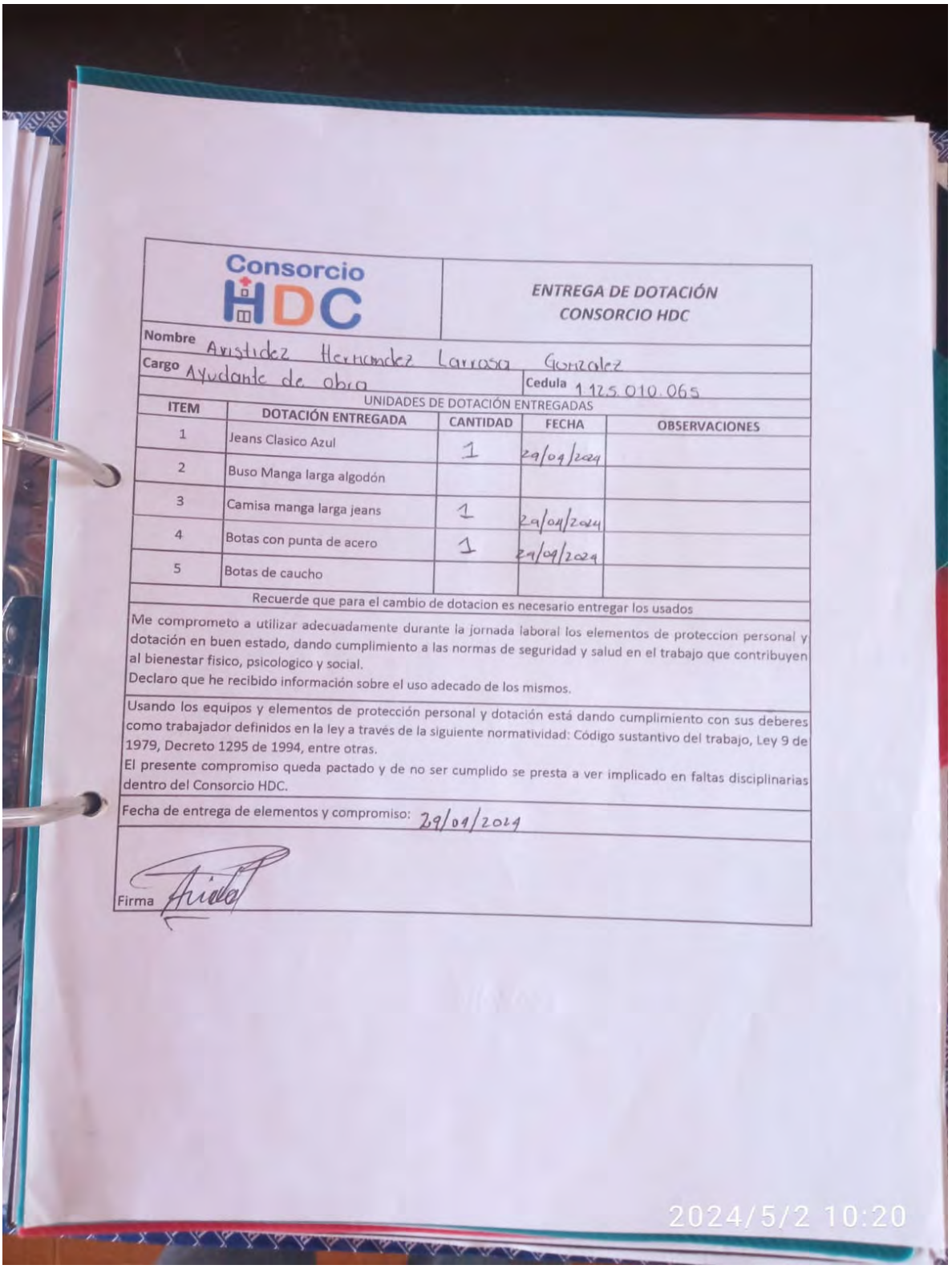
me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma:

2024/5/2 10:20



Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN
CONSORCIO HDC

Nombre Aristidez Hernandez Larrasa Gonzalez

Cargo Ayudante de obra

Cedula 1.125.010.065

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	29/09/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	1	29/09/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/09/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/09/2024

Firma

2024/5/2 10:20

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACIÓN
CONSORCIO HDC

Nombre: Antonio Enrique Jimenez Perez

Cargo: Ayudante de obra Cedula: 1.12.5.007.320

UNIDADES DE DOTACIÓN ENTREGADAS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Jeans Clasico Azul	1	2/04/2024	
2	Buso Manga larga algodón			
3	Camisa manga larga jeans	2	29/04/2024	
4	Botas con punta de acero	1	29/04/2024	
5	Botas de caucho			

Recuerde que para el cambio de dotacion es necesario entregar los usados

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotación en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido información sobre el uso adecado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal y dotación está dando cumplimiento con sus deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: Código sustantivo del trabajo, Ley 9 de 1979, Decreto 1295 de 1994, entre otras.
El presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del Consorcio HDC.

Fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: Antonio Jimenez

2024/5/2 10:19

Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Antonio Enrique Jimenez Perez

CARGO Ayudante de obra CEDULA 1.125.007.320

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos			
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

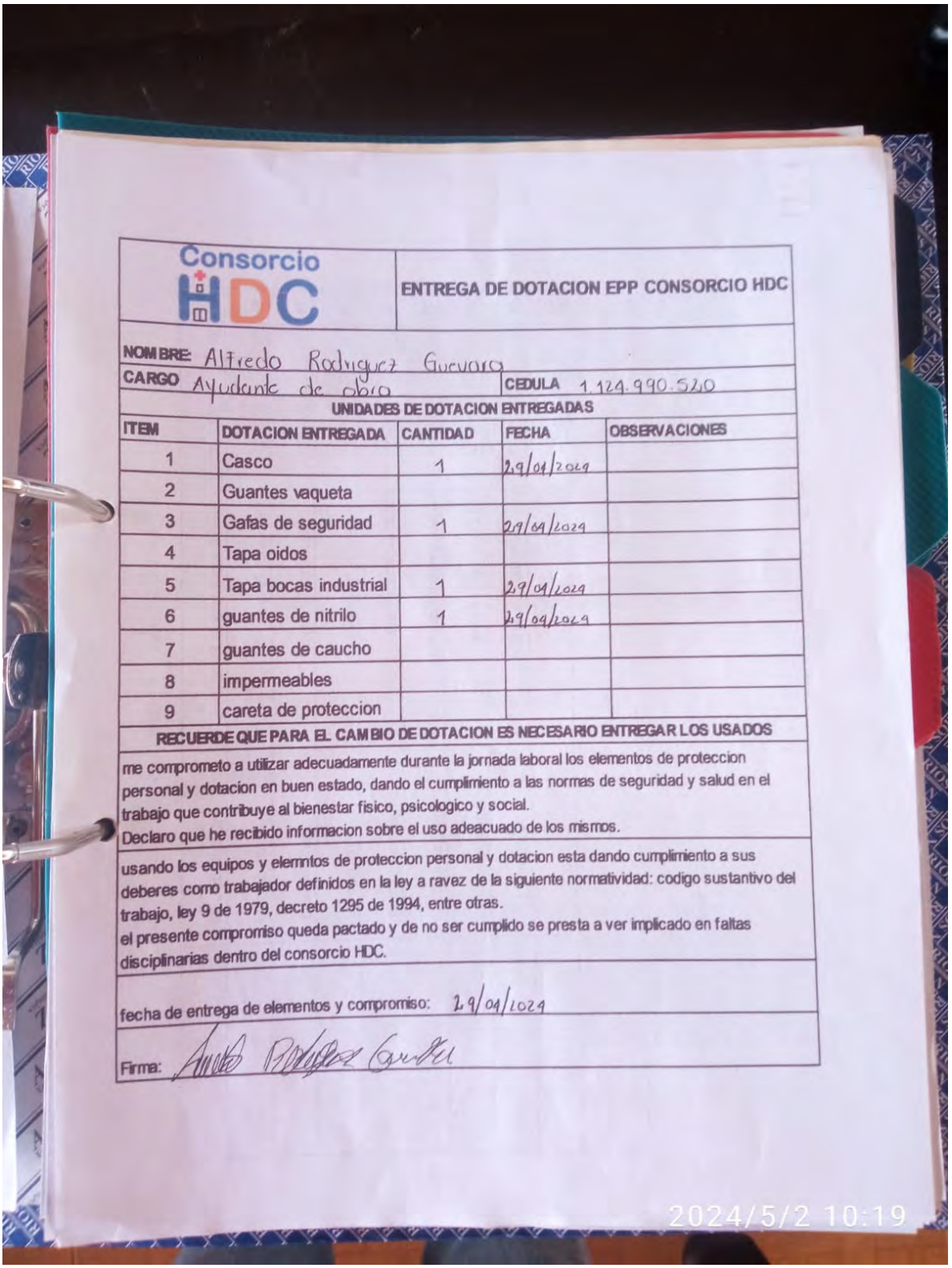
me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma: Antonio Jimenez.

2024/5/2 10:19



Consorcio HDC

ENTREGA DE DOTACION EPP CONSORCIO HDC

NOMBRE: Alfredo Rodriguez Guevara

CARGO Ayudante de obra CEDULA 1.124.990.520

UNIDADES DE DOTACION ENTREGADAS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco	1	29/04/2024	
2	Guantes vaqueta			
3	Gafas de seguridad	1	29/04/2024	
4	Tapa oidos			
5	Tapa bocas industrial	1	29/04/2024	
6	guantes de nitrilo	1	29/04/2024	
7	guantes de caucho			
8	impermeables			
9	careta de proteccion			

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACION ES NECESARIO ENTREGAR LOS USADOS

me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal y dotacion en buen estado, dando el cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuye al bienestar fisico, psicologico y social.
Declaro que he recibido informacion sobre el uso adeacuado de los mismos.

usando los equipos y elemntos de proteccion personal y dotacion esta dando cumplimiento a sus deberes como trabajador definidos en la ley a ravez de la siguiente normatividad: codigo sustantivo del trabajo, ley 9 de 1979, decreto 1295 de 1994, entre otras.
el presente compromiso queda pactado y de no ser cumplido se presta a ver implicado en faltas disciplinarias dentro del consorcio HDC.

fecha de entrega de elementos y compromiso: 29/04/2024

Firma:

2024/5/2 10:19

PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL ABRIL

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901783555	3	CONSORCIO HDC	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIOHDC	CL 23 N6 35	PUERTO CARREÑO-VICHADA	3134206605	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-03	2024-04	568294806	9465567138	E	2024/04/11	2024/04/11	BANCOLOMBIA	0	$6,450,100	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	lng	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vlp	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	32264916	BALLEN PARRADO ANDREA DEL PILAR																		230201	30	$3,900,000	$624,000	EPS005	30	$3,900,000	$156,000	CCF68	30	$3,900,000	$156,000	14-23	30	$3,900,000	$271,500	30	$0	$0	SI	$1,207,500
2	CC	1121958635	DIAZ CASTRO KAREN ASTRITH																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF68	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	SI	$619,200
3	CC	86062674	LEAL DIAZ WILSON ANDRES																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF68	30	$3,500,000	$140,000	14-23	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	SI	$1,083,600
4	CC	86731110	MOYANO LEON JOSE DEL CARMEN	X																	230301	19	$957,600	$153,300	EPS037	19	$957,600	$38,400	CCF68	19	$957,600	$38,400	14-23	19	$957,600	$66,700	19	$0	$0	SI	$296,800
5	CC	17304466	SERNA SERNA HECTOR FABIO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$52,000	CCF68	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
6	CC	86072395	SERNA ARIAS JUAN SEBASTIAN																		230301	30	$6,175,000	$1,049,800	EPS005	30	$6,175,000	$247,000	CCF68	30	$6,175,000	$247,000	14-23	30	$6,175,000	$429,800	30	$0	$0	SI	$1,973,600
7	CC	1020761432	VASQUEZ PEÑA DAVID ALEJANDRO																		230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS005	30	$2,800,000	$112,000	CCF68	30	$2,800,000	$112,000	14-23	30	$2,800,000	$194,900	30	$0	$0	SI	$866,900
Total			Afiliados(7)																				$20,632,600	$3,363,100			$20,632,600	$825,400			$20,632,600	$825,400			$20,632,600	$1,436,200		$0	$0		$6,450,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901783555	3	CONSORCIO HDC	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIOHDC	CL 23 N6 35	PUERTO CARREÑO-VICHADA	3134206605	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	568294806	9465567138	E	2024/04/11	2024/04/11	BANCOLOMBIA	0	$6,450,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$3,363,100	$0	$0	$3,363,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$2,739,100	$0	$0	$2,739,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$624,000	$0	$0	$624,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$1,436,200	$0	$0	$1,436,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	7	$1,436,200	$0	$0	$1,436,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$825,400	$0	$0	$825,400
COMCAJA	CCF68	800,231,969	4	7	$825,400	$0	$0	$825,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				7	$825,400	$0	$0	$825,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$52,000	$0	$0	$52,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$80,000	$0	$0	$80,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$38,400	$0	$0	$38,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$655,000	$0	$0	$655,000
TOTAL				7	$6,450,100	$0	$0	$6,450,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901783555	3	CONSORCIO HDC	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIOHDC	CL 23 N6 35	PUERTO CARREÑO-VICHADA	3134206605	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	568301736	9465529876	Y	2024/04/11	2024/04/11	BANCOLOMBIA	0	$90,500

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	1122118138	HERNANDEZ SABOGAL EDITH YOLANDA																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
Total	Afiliados(1)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,300,000	$90,500		$0	$0		$90,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901783555	3	CONSORCIO HDC	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIOHDC	CL 23 N6 35	PUERTO CARREÑO-VICHADA	3134206605	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	568301736	9465529876	Y	2024/04/11	2024/04/11	BANCOLOMBIA	0	$90,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$90,500	$0	$0	$90,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$90,500	$0	$0	$90,500
TOTAL				**1**	**$90,500**	**$0**	**$0**	**$90,500**

INFORME AMBIENTAL

CLASE DE CONTRATO:	**CONTRATO DE OBRA PÚBLICA HDSJDD-CP2374-2023**
CONTRATANTE:	**E.S.R. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO CARREÑO**
CONTRATISTA:	**CONSORCIO HDC**
NIT.:	**901783555-3**
VALOR:	**VEINTE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SES MIL DOSCIENTOS VEINTI CUATRO PESOS ($ 20.856.846.224.00)**
PLAZO:	**QUINCE (15) MESES**
OBJETO:	**REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURADEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO**

Contenido

Introducción 3

Descripción del Proyecto 3

Cumplimiento Legal y Normativo 3

Licencia Ambiental 3

Normativa: 4

La Ley 99 de 1993 4

DECRETO 2820 DEL 5 DE AGOSTO DEL 2010 5

La Ley 1523 del 24 de abril de 2012 6

La Resolución 3100 del 2019 7

El Decreto 357 de 1997 8

La Resolución 8321 de 1993 9

REMOSION Y LIMPIEZA 10

La Resolución 250 de 1997 12

El Decreto 1697 de 1997 13

La Resolución 822 de 1998 14

El Decreto 619 de 2000 15

Medidas de Mitigación Ambiental 16

Conclusiones y Recomendaciones 17

INDICE DE IMÁGENES

Ilustración 1 cielo raso drywall *10*
Ilustración 2 cielo raso PVC *10*
Ilustración 3 cielo raso PVC y mangueras *11*
Ilustración 4 lonas *11*
Ilustración 5 Tablas *11*
Ilustración 6 puertas *12*
Ilustración 7 madera *12*

Introducción

El presente informe tiene como objetivo evaluar el cumplimiento ambiental durante la construcción del Hospital San Juan de Dios, ubicado en Cumaribo Vichada. Este informe aborda las medidas adoptadas para mitigar impactos ambientales negativos y garantizar el cumplimiento de las regulaciones ambientales pertinentes.

Descripción del Proyecto

EL proyecto, reposición de la infraestructura del Hospital Departamental San Juan De Dios Sede Cumaribo. Su objetivo principal del proyecto es proporcionar instalaciones médicas de vanguardia para la comunidad, garantizando al mismo tiempo la protección del medio ambiente durante todas las etapas de construcción.

Cumplimiento Legal y Normativo

Se han identificado y cumplido todas las regulaciones ambientales relevantes a nivel local, regional y nacional. Esto incluye permisos de construcción, evaluaciones de impacto ambiental, y cumplimiento de normativas relacionadas con la gestión de residuos, protección de recursos hídricos, control de emisiones atmosféricas, entre otros aspectos.

Licencia Ambiental

En la Ley 99 se define la Licencia Ambiental como un instrumento de gestión y planificación para prevenir, mitigar, corregir, compensar y manejar los efectos ambientales durante el desarrollo de cualquier obra o actividad. La licencia Ambiental se estableció como requisito para cualquier obra o proyecto que genere deterioro grave a los recursos naturales renovables o al ambiente y modificaciones considerables o cambios notorios al paisaje.

En el Decreto 1753 de 1994, se reglamentó la Licencia Ambiental y su contenido. Se establecen los trámites para la obtención de las licencias definiendo los alcances de los estudios, como el DAA o EIA De acuerdo con este decreto, la Licencia Ambiental de los proyectos de gran minería, como la exploración, explotación. producción, almacenamiento, acopio y transporte será otorgada de manera privativa por el Ministerio del Medio Ambiente. Es competencia de las Corporaciones Autónomas Regionales (CAR's) otorgar la Licencia Ambiental a las actividades de explotación, beneficio y transporte que se realizan en la mediana y pequeña minería. Además de las licencias Ambientales también se establece la necesidad de permisos para el uso racional de los recursos naturales que el proyecto requiera para su ejecución.

la autoridad ambiental competente para la realización de un proyecto que, de acuerdo con la ley y los reglamentos, pueda producir deterioro grave a los recursos naturales renovables o al medio ambiente o introducir modificaciones considerables o notorias al paisaje; la cual sujeta el beneficiario de esta, al cumplimiento de los requisitos, términos, condiciones y obligaciones que la misma.

Área de influencia: Área en la cual se manifiestan de manera objetiva y en lo posible cuantificable, los impactos ambientales significativos ocasionados por la ejecución de un proyecto, obra o actividad, sobre los medios abiótico, biótico y socioeconómico, en cada uno de los componentes de dichos medios (Decreto 1076, 2015).

Impacto ambiental: Cualquier alteración en el medio ambiental biótico, abiótico y socioeconómico, que sea adverso o beneficioso, total o parcial, que pueda ser atribuido al desarrollo de un proyecto, obra o actividad (Decreto 1076, 2015).

Medidas de compensación: Son las acciones dirigidas a resarcir y retribuir a las comunidades, las regiones, localidades y al entorno natural por los impactos o efectos negativos generados por un proyecto, obra o actividad, que no puedan ser evitados, corregidos o mitigados (Decreto 1076, 2015).

Medidas de corrección: Son las acciones dirigidas a recuperar, restaurar o reparar las condiciones del medio ambiente afectado por el proyecto, obra o actividad (Decreto 2041, 2014).

Medidas de mitigación: Son las acciones dirigidas a minimizar los impactos y efectos negativos de un proyecto, obra o actividad sobre el medio ambiente (Decreto 2041, 2014).

Medidas de prevención: Son las acciones encaminadas a evitar los impactos y efectos negativos que pueda generar un proyecto, obra o actividad sobre el medio ambiente (Decreto 2041, 2014).

Normativa:

La Ley 99 de 1993

La Ley 99 de 1993 es una ley colombiana que establece las disposiciones para la protección del medio ambiente y la conservación de los recursos naturales en Colombia. Esta ley es de gran importancia en el país y establece las bases legales para la gestión ambiental integral. A continuación, se resumen algunos de los aspectos más relevantes de la Ley 99 de 1993:

- Objetivos Ambientales: La ley tiene como objetivo principal garantizar la protección, conservación, restauración y ordenamiento del medio ambiente y los recursos naturales en Colombia, así como promover el desarrollo sostenible.
- Sistema Nacional Ambiental (SINA): La ley establece la creación del Sistema Nacional Ambiental (SINA), el cual es un conjunto de entidades, normas,

recursos y procedimientos destinados a la gestión y protección del medio ambiente.

- Autoridad Ambiental: La ley define las competencias y funciones de las autoridades ambientales a nivel nacional, regional y local, y establece los instrumentos de gestión ambiental que deben ser implementados por estas autoridades.
- Evaluación de Impacto Ambiental (EIA): La ley establece la obligatoriedad de realizar estudios de impacto ambiental para proyectos, obras o actividades que puedan generar impactos significativos en el medio ambiente.
- Conservación de Recursos Naturales: La ley establece medidas para la conservación y protección de los recursos naturales, incluyendo la biodiversidad, los suelos, el agua y el aire.
- Participación Ciudadana: La Ley 99 promueve la participación ciudadana en la gestión ambiental, garantizando el acceso a la información ambiental y la participación en la toma de decisiones relacionadas con el medio ambiente.
- Responsabilidad Ambiental: La ley establece los principios de responsabilidad ambiental, incluyendo la responsabilidad por daño ambiental y la obligación de reparar y compensar los daños causados al medio ambiente.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento a la ley 99 de 1993 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

DECRETO 2820 DEL 5 DE AGOSTO DEL 2010

El Decreto 2820 del 5 de agosto de 2010 es una normativa colombiana que regula el sistema de gestión ambiental en el país. A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de este decreto:

- Objetivo: El decreto tiene como objetivo establecer las disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) en las entidades públicas y privadas de Colombia.
- Aplicación: El Decreto 2820 aplica a todas las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades susceptibles de generar impacto ambiental significativo.
- Requisitos del SGA: El decreto establece los requisitos que deben cumplir las organizaciones para implementar un Sistema de Gestión Ambiental efectivo, incluyendo la identificación de aspectos ambientales, la evaluación de impactos, la elaboración de planes y programas ambientales, y la realización de seguimiento y control ambiental.
- Certificación Ambiental: El decreto establece la posibilidad de que las organizaciones certifiquen su Sistema de Gestión Ambiental bajo normas reconocidas internacionalmente, como la norma ISO 14001.

- Obligaciones de las Autoridades Ambientales: El decreto establece las obligaciones de las autoridades ambientales para supervisar y controlar el cumplimiento de las disposiciones ambientales por parte de las entidades sujetas al decreto.
- Instrumentos de Gestión Ambiental: El decreto establece la creación de instrumentos de gestión ambiental, como los Programas de Uso Eficiente y Ahorro del Agua (PUEAA), los Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS) y los Programas de Gestión Ambiental Sectorial (PGAS).
- Sanciones por Incumplimiento: El decreto establece las sanciones aplicables en caso de incumplimiento de las disposiciones ambientales, las cuales pueden incluir multas, suspensiones de actividades y clausuras temporales o definitivas.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento del decreto 2820 del 5 de agosto del 2010 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

La Ley 1523 del 24 de abril de 2012

La Ley 1523 del 24 de abril de 2012 es una legislación colombiana que establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD) y define las políticas, estrategias y acciones para la prevención, mitigación, preparación, respuesta, rehabilitación y reconstrucción frente a los desastres en el país. A continuación, se resumen los aspectos más relevantes de esta ley:

- Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD): La Ley 1523 establece la creación del SNGRD como un conjunto de políticas, estructuras, mecanismos y recursos para la gestión integral del riesgo de desastres en Colombia.
- Políticas y Estrategias: La ley establece las políticas y estrategias para la gestión del riesgo de desastres, incluyendo la participación activa de la comunidad, la promoción de la cultura de prevención, la integración de la gestión del riesgo en los planes de desarrollo y la coordinación interinstitucional.
- Prevención y Mitigación: La ley prioriza la prevención y mitigación de desastres a través de acciones como la identificación y evaluación de riesgos, la implementación de medidas estructurales y no estructurales, y la promoción de la investigación y la educación en gestión del riesgo.
- Preparación y Respuesta: La ley establece lineamientos para la preparación y respuesta frente a desastres, incluyendo la elaboración de planes de contingencia, la capacitación del personal y la coordinación de acciones de emergencia.
- Rehabilitación y Reconstrucción: La ley contempla la rehabilitación y reconstrucción de áreas afectadas por desastres, asegurando la

participación de las comunidades afectadas y promoviendo la recuperación sostenible y resiliente.

- Coordinación Interinstitucional: La ley establece la coordinación interinstitucional entre entidades del gobierno central, entidades territoriales, organismos de socorro, sector privado, academia y sociedad civil para la gestión del riesgo de desastres.
- Financiamiento: La ley contempla la asignación de recursos financieros para la implementación de acciones de gestión del riesgo, así como la promoción de mecanismos de financiamiento público y privado para la prevención y atención de desastres.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento a la ley 1523 del 24 de abril del 2012 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

La Resolución 3100 del 2019

La Resolución 3100 del 2019 es una normativa colombiana emitida por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible de Colombia. Esta resolución establece disposiciones relacionadas con la gestión integral de residuos sólidos en el país. Aquí hay un resumen de los puntos más importantes de la Resolución 3100:

- Objetivo: La resolución tiene como objetivo principal establecer los criterios técnicos, administrativos y operativos para la gestión integral de los residuos sólidos en Colombia, con el fin de proteger el medio ambiente y la salud pública.
- Alcance: La Resolución 3100 aplica a todas las personas naturales o jurídicas que generen, transporten, aprovechen, recolecten, almacenen, traten, dispongan y aprovechen residuos sólidos en el territorio colombiano.
- Gestión Integral de Residuos: La normativa establece los principios de la gestión integral de residuos sólidos, incluyendo la prevención, reducción, reutilización, reciclaje, aprovechamiento y disposición final adecuada de los residuos.
- Responsabilidades: La resolución establece las responsabilidades de los diferentes actores involucrados en la gestión de residuos sólidos, incluyendo a los generadores, transportadores, recolectores, operadores de plantas de tratamiento y disposición final, entre otros.
- Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS): La normativa establece la obligación para los municipios y distritos de elaborar, adoptar, implementar, evaluar y ajustar el Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS), como instrumento para la adecuada gestión de los residuos sólidos en su jurisdicción.
- Incentivos y Estímulos: La resolución contempla la promoción de incentivos y estímulos para fomentar la separación en la fuente, la recolección selectiva, el reciclaje y la disposición final adecuada de los residuos sólidos.

- Vigilancia y Control: La normativa establece los mecanismos de vigilancia y control para verificar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la resolución, así como para sancionar el incumplimiento de las mismas.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento a la resolución 3100 del 2019 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

El Decreto 357 de 1997

El Decreto 357 de 1997 es una normativa colombiana que regula aspectos relacionados con la gestión del riesgo de desastres y la prevención de emergencias y desastres en el país. A continuación, se resumen los puntos más relevantes de este decreto:

- Objetivo: El Decreto 357 tiene como objetivo establecer las normas y procedimientos para la prevención y atención de emergencias y desastres en Colombia.
- Creación del Consejo Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (CNPAD): Este decreto establece la creación del CNPAD como la máxima autoridad en materia de prevención y atención de desastres a nivel nacional. El CNPAD es responsable de coordinar las acciones de los diferentes entes gubernamentales y de la sociedad civil en situaciones de emergencia.
- Coordinación Interinstitucional: El decreto establece la necesidad de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno (nacional, departamental y municipal) para la prevención y atención de desastres. Asimismo, promueve la participación de la sociedad civil y otros actores relevantes en estas actividades.
- Identificación y Evaluación de Riesgos: El Decreto 357 establece la necesidad de identificar y evaluar los riesgos de desastres en las diferentes regiones del país. Esta evaluación permite determinar las zonas de mayor vulnerabilidad y tomar medidas preventivas adecuadas.
- Elaboración de Planes de Emergencia y Contingencia: El decreto establece la obligación de las entidades territoriales de elaborar y mantener actualizados los planes de emergencia y contingencia, los cuales deben contemplar acciones específicas para la prevención, mitigación y respuesta ante diferentes tipos de desastres.
- Coordinación con Entidades Internacionales: El decreto faculta al gobierno colombiano para establecer convenios de cooperación con organizaciones internacionales y otros países en materia de prevención y atención de desastres.
- Divulgación y Sensibilización: El Decreto 357 establece la necesidad de llevar a cabo campañas de divulgación y sensibilización sobre la importancia de la prevención y la preparación para situaciones de emergencia y desastre.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento a el decreto357 de 1997 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

La Resolución 8321 de 1993

La Resolución 8321 de 1993 es una normativa colombiana que establece disposiciones relacionadas con la gestión ambiental, específicamente en lo que concierne a la protección de los recursos naturales y la regulación de actividades que puedan afectar el medio ambiente. A continuación, se resumen los puntos principales de esta resolución:

- Objetivo: La Resolución 8321 tiene como objetivo establecer los criterios y las normas para la elaboración, evaluación y seguimiento de los estudios de impacto ambiental en Colombia.
- Ámbito de Aplicación: Esta resolución aplica a todos los proyectos, obras o actividades que puedan generar impactos significativos en el medio ambiente, y que estén sujetos a la elaboración de estudios de impacto ambiental de acuerdo con la normativa vigente.
- Contenido de los Estudios de Impacto Ambiental (EIA): La resolución establece los requisitos y la estructura que deben tener los estudios de impacto ambiental, incluyendo la descripción del proyecto, la identificación y evaluación de impactos ambientales, la identificación de medidas de prevención, mitigación y compensación, entre otros aspectos.
- Autoridades Competentes: La resolución establece las autoridades ambientales competentes para la evaluación y aprobación de los estudios de impacto ambiental, así como los procedimientos y plazos para su tramitación.
- Participación Ciudadana: La resolución establece la obligación de realizar procesos de consulta y participación ciudadana en la elaboración y evaluación de los estudios de impacto ambiental, garantizando la participación activa de las comunidades y grupos de interés afectados por el proyecto.
- Seguimiento y Control Ambiental: La resolución establece la necesidad de realizar seguimiento y control ambiental durante todas las etapas del proyecto, con el fin de verificar el cumplimiento de las medidas ambientales establecidas en el estudio de impacto ambiental y prevenir posibles impactos negativos en el medio ambiente.

REMOSION Y LIMPIEZA

Durante el desarrollo de cada una de las etapas de la obra, es posible incorporar elementos tendientes a reducir, mitigar, corregir o compensar los impactos negativos, así como potencializar los positivos. Al hacer un análisis cruzado entre el proyecto y el medio, se podrá identificar cuáles son las actividades que requieren un manejo más cuidadoso y los programas más importantes para reducir impactos significativos

El consorcio HDC cumpliendo con la resolución abarca la actividad de Remoción y limpieza, consiste en el desmonte y limpieza del terreno natural del área intervenida por la obra. Se remueven puertas, ventanas, drywall, cielo raso PVC, tablas, cables, mangueras de modo que el terreno quede limpio y su superficie resulte apta para iniciar los trabajos.

El residuo se debe clasificar con el objeto de reutilizarlo o de reciclarlo. Consorcio hdc dispone de algunos elementos en bodegas ya que este material se reutilizará dentro de obra en el transcurso de los días.



Ilustración 1 cielo raso drywall



Ilustración 2 cielo raso PVC



Ilustración 3 cielo raso PVC y mangueras



Ilustración 4 Bodega hdc



Ilustración 5 Tablas

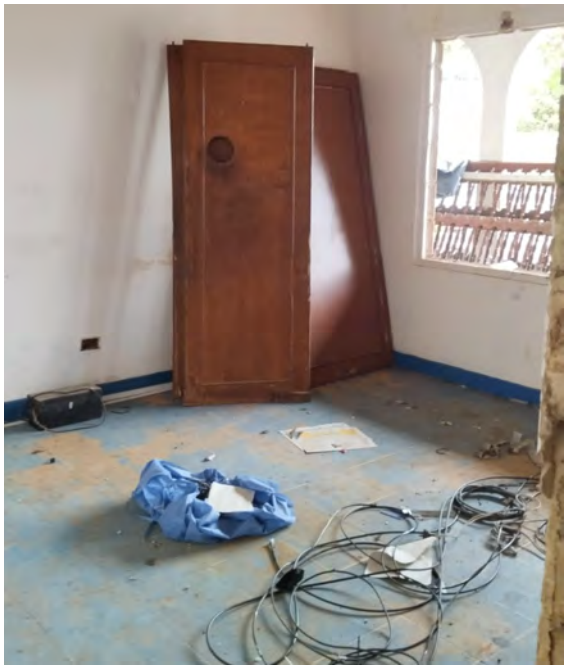


Ilustración 6 puertas



Ilustración 7 madera

La Resolución 250 de 1997

La Resolución 250 de 1997 es una normativa colombiana que establece disposiciones relacionadas con la gestión y control de la calidad del agua para consumo humano en el país. A continuación, se resumen los puntos más relevantes de esta resolución:

- Objetivo: La Resolución 250 tiene como objetivo establecer los requisitos y criterios técnicos para garantizar la calidad del agua destinada al consumo humano, con el fin de proteger la salud de la población.
- Alcance: Esta resolución aplica a todas las entidades responsables de la producción, tratamiento, distribución y suministro de agua potable para consumo humano en Colombia.
- Parámetros de Calidad del Agua: La resolución establece los parámetros físicos, químicos y microbiológicos que deben cumplir las aguas destinadas al consumo humano, incluyendo aspectos como la turbidez, el pH, la presencia de metales pesados, microorganismos patógenos, entre otros.
- Fuentes de Abastecimiento: La resolución establece requisitos específicos para la protección y conservación de las fuentes de abastecimiento de agua potable, como ríos, lagos, embalses y acuíferos.
- Sistemas de Tratamiento: La normativa establece los requisitos mínimos para el diseño, construcción, operación y mantenimiento de los sistemas de

tratamiento de agua potable, con el fin de garantizar la eliminación o reducción de contaminantes y agentes patógenos.

- Monitoreo y Control de la Calidad del Agua: La resolución establece la obligación de realizar monitoreo continuo y sistemático de la calidad del agua en las fuentes de abastecimiento, en los sistemas de tratamiento y en los puntos de distribución, con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.
- Vigilancia Sanitaria: La resolución establece los procedimientos y responsabilidades para la vigilancia sanitaria del agua para consumo humano, incluyendo la toma de muestras, análisis de laboratorio, evaluación de riesgos para la salud, y la adopción de medidas correctivas en caso de incumplimiento de los estándares de calidad.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento a la resolución 250 de 1997 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

El Decreto 1697 de 1997

El Decreto 1697 de 1997 es una normativa colombiana que establece disposiciones relacionadas con el manejo**, transporte y disposición final de residuos peligrosos** en el país. A continuación, se resumen los puntos más relevantes de este decreto:

- Objetivo: El Decreto 1697 tiene como objetivo regular el manejo integral de los residuos peligrosos en Colombia, con el fin de prevenir daños a la salud humana y al medio ambiente.
- Definición de Residuos Peligrosos: El decreto define los residuos peligrosos como aquellos que, por sus características físicas, químicas, biológicas o radiactivas, pueden representar un riesgo para la salud humana o el ambiente.
- Responsabilidades: Establece las responsabilidades de los generadores, transportadores, receptores y autoridades ambientales en el manejo de los residuos peligrosos, desde su generación hasta su disposición final.
- Manejo Integral: El decreto establece la obligación de los generadores de residuos peligrosos de implementar planes de manejo integral, que incluyan medidas de prevención, minimización, segregación, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos.
- Transporte de Residuos Peligrosos: Establece los requisitos y medidas de seguridad que deben cumplir los vehículos y los conductores que transportan residuos peligrosos, así como los procedimientos para la documentación y el registro de las operaciones de transporte.
- Disposición Final: Regula los requisitos y criterios técnicos para la selección, diseño, operación y monitoreo de los sitios de disposición final de residuos peligrosos, garantizando la protección del medio ambiente y la salud pública.

- Sanciones: Establece las sanciones administrativas y penales aplicables en caso de incumplimiento de las disposiciones establecidas en el decreto, así como los procedimientos para la imposición de las mismas.

LEY 685 DE 2001 (agosto 15)

Por la cual se expide el Código de Minas y se dictan otras disposiciones.

DECRETA: TITULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES CAPITULO I

La Propiedad Estatal Artículo 1° Objetivos. El presente Código tiene como objetivos de interés publico fomentar la exploración técnica y la explotación de los recursos mineros de propiedad estatal y privada; estimular estas actividades en arden a satisfacer los requerimientos de la demanda interna y externa de los mismos y a que su aprovechamiento se realice en forma armónica con los principios y normas de explotación racional de los recursos naturales no renovables y del ambiente, dentro de un concepto integral de desarrollo sostenible y del fortalecimiento económico y social del país.

AGENCIA NACIONAL DE MINERIA

Dando cumplimiento a la resolución 1697 de 1997 **CONSORCIO HDC** cuenta con una **TRITURADORA BOCAS DEL GUAYURIBA S.A.S** quien cumple con los estándares permitidos dentro de la ley. obteniendo asi su certificado minero con vigencia de 21/03/2013 hasta 20/03/2043 con la **AGENCIA NACIONAL DE MINERÍA**. Con el fin de cumplir con todos los requisitos ambientales establecidos en la resolución.

- Trituradora Bocas Del Guayuriba S.A.S
  nn 900778771
- Area total: 440 hectárea(s) y 2608 mt(s)2
- Municipios: puerto lópez-meta\ san carlos de guaroa-meta
- Minerales: materiales de construcción

La Resolución 822 de 1998

La Resolución 822 de 1998 es una normativa colombiana que establece disposiciones relacionadas con la gestión integral de residuos sólidos en el país. A continuación, se resumen los puntos principales de esta resolución:

- Objetivo: La Resolución 822 tiene como objetivo establecer los lineamientos y criterios técnicos para la gestión integral de residuos sólidos, con el fin de prevenir la contaminación ambiental y proteger la salud pública.
- Alcance: Esta resolución aplica a todas las personas naturales o jurídicas que generen, manejen, transporten, recolecten, aprovechen, reciclen, traten,

almacenen, dispongan y aprovechen residuos sólidos en el territorio colombiano.

- Definiciones: La resolución define los términos relacionados con la gestión de residuos sólidos, estableciendo las bases para una comprensión uniforme de los conceptos utilizados en la normativa.
- Responsabilidades: Establece las responsabilidades de los diferentes actores involucrados en la gestión de residuos sólidos, incluyendo a los generadores, transportadores, prestadores de servicios públicos, autoridades ambientales y la comunidad en general.
- Prevención y Minimización: La normativa promueve la prevención y minimización de la generación de residuos sólidos, así como la adopción de prácticas de consumo responsable y la implementación de medidas de reducción en la fuente.
- Separación en la Fuente: Establece la obligación de los generadores de residuos sólidos de separar en la fuente los materiales reciclables, orgánicos y no reciclables, con el fin de facilitar su aprovechamiento y tratamiento adecuado.
- Educación Ambiental: La resolución promueve la realización de programas de educación ambiental dirigidos a la comunidad, con el objetivo de sensibilizar sobre la importancia de la gestión adecuada de los residuos sólidos y fomentar prácticas ambientalmente responsables.
- Sanciones: Establece las sanciones administrativas aplicables en caso de incumplimiento de las disposiciones establecidas en la resolución, así como los procedimientos para la imposición de las mismas.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento a la resolución 822 de 1998 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

El Decreto 619 de 2000

El Decreto 619 de 2000 en Colombia establece disposiciones relacionadas con la gestión integral de los residuos sólidos y la prestación del servicio público de aseo. A continuación, se resumen los puntos más relevantes de este decreto:

- Objeto: El decreto tiene como objetivo regular la prestación del servicio público de aseo y la gestión integral de los residuos sólidos en el territorio colombiano.
- Competencias: Establece las competencias de las autoridades ambientales, municipales y de las empresas prestadoras del servicio público de aseo en la gestión de los residuos sólidos.
- Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS): Establece la obligación para los municipios y distritos de elaborar, adoptar, implementar y actualizar los PGIRS, los cuales deben contemplar medidas de prevención, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos.

- Separación en la Fuente: Promueve la separación de residuos en la fuente de origen, con el fin de facilitar su reciclaje y aprovechamiento.
- Responsabilidad Extendida del Productor (REP): Introduce el concepto de responsabilidad extendida del productor, que implica que los fabricantes, importadores y distribuidores de productos son responsables de la gestión de los residuos generados por sus productos, incluso después de su uso.
- Participación Ciudadana: Establece la participación de la comunidad en la gestión integral de los residuos sólidos, promoviendo la educación ambiental y la sensibilización sobre la importancia del adecuado manejo de los residuos.
- Control y Vigilancia: Determina las funciones y responsabilidades de las autoridades ambientales y de control en la supervisión y vigilancia del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el decreto.
- Sanciones: Establece las sanciones administrativas que se pueden aplicar en caso de incumplimiento de las disposiciones contenidas en el decreto.

El consorcio HDC se compromete a dar cumplimiento del decreto 619 del 2000 teniendo en cuenta los aspectos más relevantes reseñados anteriormente.

Medidas de Mitigación Ambiental

- Gestión de Residuos: Se implementó un plan integral de gestión de residuos que incluyó la clasificación, reciclaje y disposición adecuada de los desechos generados durante la construcción. Se promovió la reutilización de materiales siempre que fuera posible.
- Conservación de Recursos Hídricos: Se establecieron medidas para minimizar el uso de agua durante la construcción, incluyendo la reutilización de agua de lluvia y la implementación de sistemas de captación y tratamiento de aguas residuales.
- Control de Emisiones Atmosféricas: Se utilizaron tecnologías y prácticas constructivas que redujeron al mínimo las emisiones de polvo y gases contaminantes, así como la generación de ruido que pudiera afectar a las comunidades circundantes.
- Protección de la Biodiversidad: Se llevó a cabo una evaluación de la biodiversidad en el área de construcción y se implementaron medidas para proteger y preservar la flora y fauna local.
- Energías Renovables y Eficiencia Energética: Se incorporaron prácticas de eficiencia energética y se promovió el uso de energías renovables siempre que fuera posible, con el objetivo de reducir el consumo de energía y las emisiones de gases de efecto invernadero.

Conclusiones y Recomendaciones

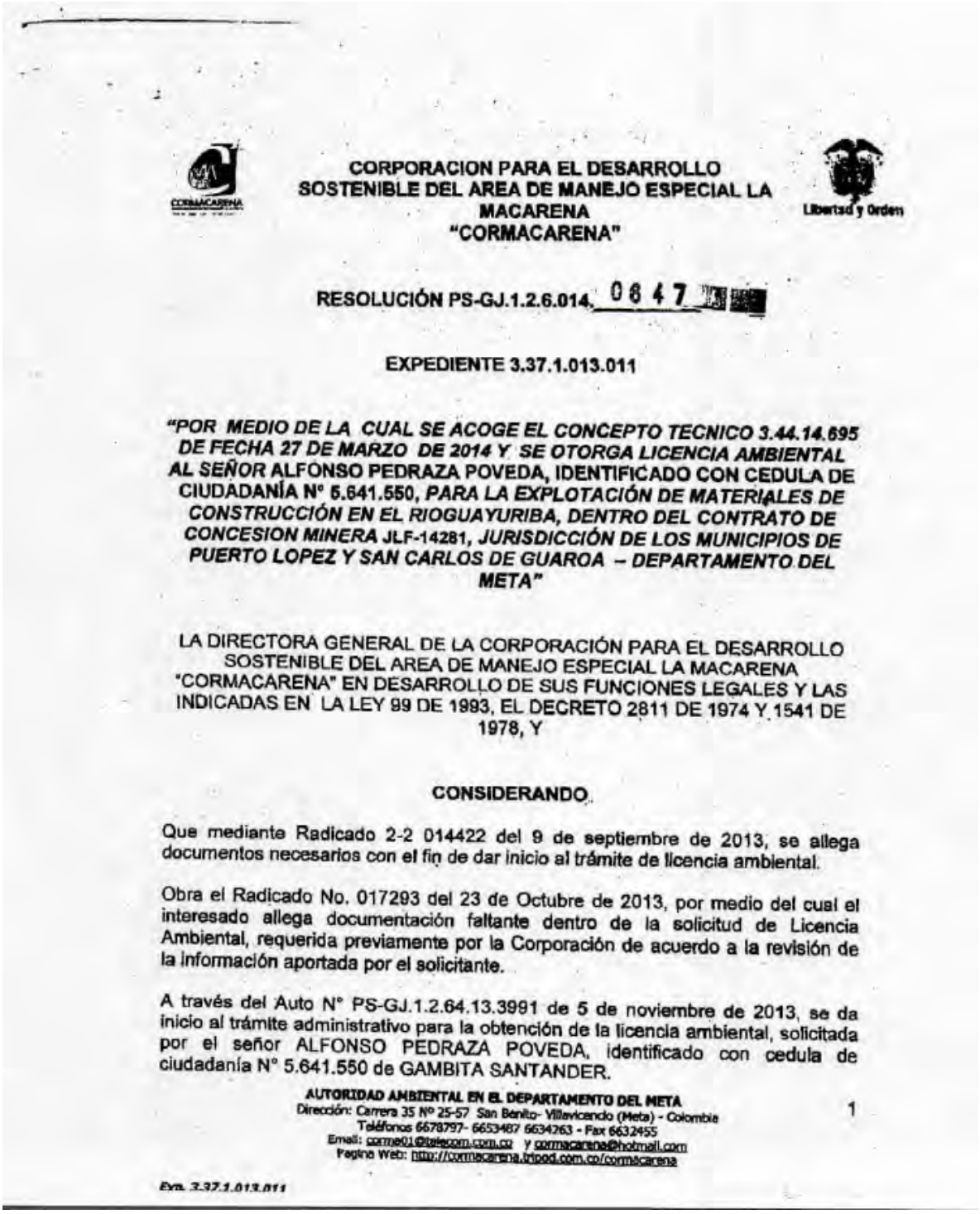
El proyecto de construcción del Hospital San Juan de Dios ha demostrado un compromiso significativo con el cumplimiento ambiental. Se han implementado medidas efectivas para mitigar los impactos ambientales negativos y cumplir con las regulaciones pertinentes. No obstante, se recomienda continuar monitoreando y evaluando el desempeño ambiental durante todas las etapas del proyecto, así como promover la conciencia ambiental entre los trabajadores y la comunidad local.

En resumen, el Hospital San Juan de Dios no solo contribuirá al bienestar de la comunidad mediante la prestación de servicios médicos de calidad, sino que también servirá como un ejemplo de buenas prácticas ambientales en el sector de la construcción.

KAREN ASTRITH DIAZ CASTRO

KAREN ASTRITH DIAZ CASTRO
INGENIERA AMBIENTAL

LICENCIA AMBIENTAL.



CORMACARENA

CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA "CORMACARENA"

Libertad y Orden

RESOLUCIÓN PS-GJ.1.2.6.014. 0647

EXPEDIENTE 3.37.1.013.011

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ACOGE EL CONCEPTO TECNICO 3.44.14.695 DE FECHA 27 DE MARZO DE 2014 Y SE OTORGA LICENCIA AMBIENTAL AL SEÑOR ALFONSO PEDRAZA POVEDA, IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA N° 5.641.550, PARA LA EXPLOTACIÓN DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN EN EL RIOGUAYURIBA, DENTRO DEL CONTRATO DE CONCESION MINERA JLF-14281, JURISDICCIÓN DE LOS MUNICIPIOS DE PUERTO LOPEZ Y SAN CARLOS DE GUAROA – DEPARTAMENTO DEL META"

LA DIRECTORA GENERAL DE LA CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA "CORMACARENA" EN DESARROLLO DE SUS FUNCIONES LEGALES Y LAS INDICADAS EN LA LEY 99 DE 1993, EL DECRETO 2811 DE 1974 Y 1541 DE 1978, Y

CONSIDERANDO

Que mediante Radicado 2-2 014422 del 9 de septiembre de 2013, se allega documentos necesarios con el fin de dar inicio al trámite de licencia ambiental.

Obra el Radicado No. 017293 del 23 de Octubre de 2013, por medio del cual el interesado allega documentación faltante dentro de la solicitud de Licencia Ambiental, requerida previamente por la Corporación de acuerdo a la revisión de la información aportada por el solicitante.

A través del Auto N° PS-GJ.1.2.64.13.3991 de 5 de noviembre de 2013, se da inicio al trámite administrativo para la obtención de la licencia ambiental, solicitada por el señor ALFONSO PEDRAZA POVEDA, identificado con cedula de ciudadanía N° 5.641.550 de GAMBITA SANTANDER.

recursos naturales renovables o al medio ambiente o introducir modificaciones considerables o notorias al paisaje requerirán de una Licencia Ambiental.

El Artículo 50 de la Ley 99 de 1993, que define la Licencia Ambiental como la autorización que otorga la autoridad ambiental competente para la ejecución de una obra o actividad, sujeta al cumplimiento por parte del beneficiario de la licencia de los requisitos que la misma establezca en relación con la prevención, mitigación, corrección, compensación y manejo de los efectos ambientales de la obra o actividad autorizada.

Que el artículo 03 del Decreto 2820 de 2010 establece: La licencia ambiental, es la autorización que otorga la autoridad ambiental competente para la ejecución de un proyecto, obra o actividad, que de acuerdo con la ley y los reglamentos pueda producir deterioro grave a los recursos naturales renovables o al medio ambiente o introducir modificaciones considerables o notorias al paisaje; la cual sujeta al beneficiario de esta, al cumplimiento de los requisitos, términos, condiciones y obligaciones que la misma establezca en relación con la prevención, mitigación, corrección, compensación y manejo de los efectos ambientales del proyecto, obra o actividad autorizada.

La licencia ambiental llevará implícitos todos los permisos, autorizaciones y/o concesiones para el uso, aprovechamiento y/o afectación de los recursos naturales renovables, que sean necesarios para el desarrollo y operación del proyecto, obra o actividad.

La licencia ambiental deberá obtenerse previamente a la iniciación del proyecto, obra o actividad. Ningún proyecto, obra o actividad requerirá más de una licencia ambiental.

Que el artículo 6 ibidem establece: La licencia ambiental se otorgará por la vida útil del proyecto, obra o actividad y cobijará las fases de construcción, montaje, operación, mantenimiento, desmantelamiento, abandono y/o terminación.

El artículo el artículo 09 numeral 01 literal b del Decreto 2820 de 2010, en concordancia con el artículo 53 de la Ley 99 de 1993, radica en las Corporaciones Autónomas regionales la competencia para otorgar Licencia Ambiental en el caso de Extracción de Material de Arrastre para Construcción.

CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA "CORMACARENA"

Libertad y Orden

Que de igual forma, en el decreto 2820 de 2010, se establece el proceso para la obtención de licencia ambiental, por lo tanto en su artículo 25, previene *"De la evaluación del estudio de impacto ambiental.* Una vez realizada la solicitud de Licencia Ambiental se surtirá el siguiente procedimiento:

1. A partir de la fecha de radicación del Estudio de Impacto Ambiental con el lleno de los requisitos establecidos para el efecto en los artículos 21 y 24 del presente decreto, la autoridad ambiental competente, contará con cinco (5) días hábiles para expedir el auto de inicio de trámite de Licencia Ambiental el cual deberá publicarse en los términos del artículo 70 de la Ley 99 de 1993.

2. Ejecutoriado el auto de inicio de trámite, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes la autoridad ambiental, solicitará a otras autoridades o entidades los conceptos técnicos o informaciones pertinentes, que deben ser remitidos en un plazo no superior a veinte (20) días hábiles, contados desde la fecha de radicación de la comunicación correspondiente.

3. Recibida la información o vencido el término de requerimiento de informaciones a otras autoridades o entidades, la autoridad ambiental podrá solicitar al interesado dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes mediante el correspondiente acto administrativo, la información adicional que se considere pertinente. En este caso se suspenderán los términos que tiene la autoridad para decidir de conformidad con lo establecido en el artículo 12 y 13 del C.C.A.

4. Allegada la información por parte del interesado, la autoridad ambiental en un término de cinco (5) días hábiles expedirá el auto de trámite que declare reunida toda la información requerida para decidir.

Así mismo, el interesado podrá hasta antes de la expedición del citado auto, aportar nuevos documentos o informaciones relacionados con el proyecto, obra o actividad, caso en el cual los plazos y términos que tiene la autoridad para decidir comenzarán a contarse desde la ejecutoria del auto que da inicio al trámite siempre y cuando dicha información implique una nueva visita de evaluación o un nuevo requerimiento por parte de la autoridad ambiental a cargo.

5. La autoridad ambiental competente decidirá la viabilidad del proyecto, obra o actividad, en un término no mayor a veinticinco (25) días hábiles, contados a

CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA "CORMACARENA"

Libertad y Orden

RECURSO A MONITOREAR	LUGAR DE EJECUCIÓN	PARAMETROS A EVALUAR	EJECUCIÓN
Componente Socio - Económico	proyecto	molestias durante la operación	comunidad al inicio y durante el proyecto.

ARTICULO VIGESIMO OCTAVO: Se reitera al beneficiario de la licencia ambiental el deber de ejecutar todos los programas y proyectos ambientales establecidos en el PLAN DE MANEJO AMBIENTAL, los cuales serán de obligatorio cumplimiento durante la fase de operación del Proyecto.

ARTICULO VIGESIMO NOVENO: El señor **ALFONSO PEDRAZA POVEDA**, debe crear el Departamento de Gestión Ambiental, según lo establecido en el Artículo Cuarto del Decreto 1299 de 2008; encaminado a dirigir la Gestión Ambiental de las empresas a nivel Industrial; velar por el cumplimiento de la Normatividad Ambiental; prevenir, minimizar y controlar la generación de cargas contaminantes; promover prácticas de producción limpia y el uso racional de recursos naturales.

PARÁGRAFO PRIMERO: Dicho Departamento de Gestión Ambiental del proyecto será responsable por el control de la aplicación y funcionalidad de los planes de manejo y de seguridad, por lo tanto debe vigilar que se cumplan todas las normatividades impuestas al personal operativo y en general a todas aquellas personas que tengan que ver con el proyecto.

ARTICULO TRIGESIMO: La responsabilidad de la explotación deberá estar a cargo de un profesional idóneo y no delegar en los operadores de las máquinas excavadoras, en los conductores de las volquetas, ni en el administrador de los frentes de trabajo, por lo cual el beneficiario de la licencia ambiental debe allegar la hoja de vida del profesional que haga las veces de Ingeniero residente y responsable del proyecto minero.

ARTICULO TRIGESIMO PRIMERO: Durante la operación del proyecto, con una periodicidad semestral, el señor **ALFONSO PEDRAZA POVEDA**, debe allegar el Informe de Cumplimiento Ambiental de las labores desarrolladas de acuerdo a las obligaciones ambientales estipuladas por la Corporación, conforme al Formato de Informes de Cumplimiento Ambiental (ICA) establecido por el Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial con sus respectivos soportes donde se demuestre la veracidad de la información de cada una de las actividades que se

CERTIFICADO MINERO

AGENCIA NACIONAL DE MINERÍA

GERENCIA DE CATASTRO Y REGISTRO MINERO

Fecha de 23/08/2022 Hora: 16:06:52 Página 1 de 3

CERTIFICADO DE REGISTRO MINERO	Expediente: JLF-14281 RMN: JLF-14281
MODALIDAD: CONTRATO DE CONCESION (L 685)	
Vigencia Desde: 21/03/2013 Hasta: 20/03/2043	Fecha y Hora de Registro: 21/03/2013 00:00:00

TITULARES: IDENTIFICACIÓN
TRITURADORA BOCAS DEL GUAYURIBA S.A.S NN 9007787714
PETREUS S.A.S. 9008260951

AREA TOTAL: 440 Hectárea(s) y 2608 mt(s)2

MUNICIPIOS: PUERTO LÓPEZ-META\ SAN CARLOS DE GUAROA-META

MINERALES: MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA

AREA: 1
PUNTO ARCIFINIO: VERTCI NUMERO 1 DEL POLIGONO
NORTE: 927372,3536
ESTE: 1105898,4367
PLANCHA IGAC: 267

ALINDERACIÓN

Coordenada Norte	Coordenada Este
925933,2440	1109233,3040
924820,3200	1108753,0400
926259,4290	1105418,1710
927372,3540	1105898,4350

ANOTACIONES

ANOTACIÓN: 1 FECHA ANOTACIÓN: 21/03/2013
TIPO ANOTACIÓN: CONTRATO UNICO DE CONCESION FECHA EJECUTORIA: 19/02/2013
DOCUMENTO CONTRATO NÚMERO: JLF-14281
EXPEDIDO POR: REGIONAL BOGOTA FECHA DOCUMENTO: 19/02/2013
LUGAR: BOGOTÁ. D.C.
ESPECIFICACIÓN INSCRIPCION EN EL CATASTRO Y REGISTRO MINERO DEL CONTRATO UNICO DE CONCESION JLF-14281

ANOTACIÓN: 2 FECHA ANOTACIÓN: 28/10/2014

AGENCIA NACIONAL DE MINERÍA

GERENCIA DE CATASTRO Y REGISTRO MINERO

CERTIFICADO DE REGISTRO MINERO	Expediente: JLF-14281 RMN: JLF-14281
MODALIDAD: CONTRATO DE CONCESION (L 685)	
Vigencia Desde: 21/03/2013 Hasta: 20/03/2043	Fecha y Hora de Registro: 21/03/2013 00:00:00

22/09/2014

DOCUMENTO	RESOLUCION	NÚMERO:	GSCZC-000214
EXPEDIDO POR:	PAR CENTRO	FECHA DOCUMENTO:	08/08/2014
LUGAR:	BOGOTÁ, D.C.		
ESPECIFICACIÓN	MODIFICAR LAS ETAPAS CONTACTUALES DEL TITULO MINERO No JLF-14281, LAS CUALES QUEDARAN ASI:EXPLORACION:DIEZ(10)MESES Y 6 DIAS, CONSTRUCCION Y MONTAJE:CERO(0)AÑOS Y EL TIEMPO RESTANTE, ESTO ES EN PRINCIPIO VEINTINUEVE(29)AÑOS,1 MES Y 24 DIAS PARA EXPLOTACION, CONTADO DESDE EL 27 DE ENERO DE 2014.		

ANOTACIÓN:	3	FECHA ANOTACIÓN:	16/01/2015
TIPO ANOTACIÓN:	CESION PARCIAL DE DERECHOS	FECHA EJECUTORIA:	05/12/2014
DOCUMENTO	RESOLUCION	NÚMERO:	004784
EXPEDIDO POR:	PAR CENTRO	FECHA DOCUMENTO:	01/12/2014
LUGAR:	BOGOTÁ, D.C.		
ESPECIFICACIÓN	ARTÍCULO PRIMERO: PERFECCIONAR LA CESIÓN DEL 50% DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES del título minero JLF-14281, presentada por el señor ALFONSO PEDRAZA POVEDA, a favor del señor LUIS CARLOS PRECIADO HERRERA, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.318.190. ARTÍCULO SEGUNDO: En firme la presente providencia, y realizada su inscripción en el Registro Minero Nacional, téngase como cootitulares del Contrato de Concesión No. JLF-14281 a los señores ALFONSO PEDRAZA POVEDA, identificado con C.C. 5.641.550 con el 50% y al señor LUIS CARLOS PRECIADO HERRERA, identificado con C.C. 17.318.190 con el 50%; de conformidad con las razones expuestas en la parte motiva de la Resolución No. 004784 del 01 de Diciembre de 2014.		

ANOTACIÓN:	4	FECHA ANOTACIÓN:	03/06/2021
TIPO ANOTACIÓN:	CESION TOTAL DE DERECHOS	FECHA EJECUTORIA:	23/04/2021
DOCUMENTO	RESOLUCION	NÚMERO:	001536
EXPEDIDO POR:	PAR CENTRO	FECHA DOCUMENTO:	04/11/2020
LUGAR:	BOGOTÁ, D.C.		
ESPECIFICACIÓN	Inscripcion en el Registro Minero Nacional de la CESION TOTAL DE DERECHOS Y OBLIGACIONES del señor LUIS CARLOS PRECIADO HERRERA a favor de la sociedad TRITURADORA BOCAS DEL GUAYURIBA S.A.S. identificada con NIT No. 900.778.771-4		

AGENCIA NACIONAL DE MINERÍA

GERENCIA DE CATASTRO Y REGISTRO MINERO

Fecha de 23/08/2022 Hora: 16:06:52 Página 3 de 3

CERTIFICADO DE REGISTRO MINERO	Expediente: JLF-14281 RMN: JLF-14281
MODALIDAD: CONTRATO DE CONCESION (L 685)	
Vigencia Desde: 21/03/2013 Hasta: 20/03/2043	Fecha y Hora de Registro: 21/03/2013 00:00:00

			23/06/2022
TIPO ANOTACIÓN:	CESION TOTAL DE DERECHOS	FECHA EJECUTORIA:	02/08/2021
DOCUMENTO	RESOLUCION	NÚMERO:	VCT ¿ 000623
EXPEDIDO POR:	PAR CENTRO	FECHA DOCUMENTO:	01/06/2020
LUGAR:	BOGOTÁ, D.C.		

ESPECIFICACIÓN: INSCRIPCIÒN en el Registro Minero Nacional de la la cesión de derechos y obligaciones del Contrato de Concesión No. JLF- 14281 que, le corresponden al señor ALFONSO PEDRAZA POVEDA, identificado con la cedula de ciudadanía 5.641.550 a favor de la sociedad PETREUS S.A.S identificada con el Nit. 900826095-1.

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular Número 0010 del 18 de junio de 2015 expedida por la Agencia Nacional de Mineria ANM -, se fija la directriz relacionada con la inscripción de prendas mineras, donde se determina que "Por disposición de la Ley 1676 de 2013 y el Decreto 400 de 2014 las garantías mineras o cualquier gravamen que recaiga sobre el derecho a explorar y explotar en los términos de la señalada norma, deben ser consultadas en el registro de Garantías Mobiliarias, el cual se desarrollará por parte de la Confederación Colombiana de Cámaras de Comercio (Confecamaras)".

FIN DE ESTE DOCUMENTO

Ana María González Borrero
Coordinadora de Catastro y Registro Minero

CERTIFICADOS DE CALIDAD

Sostenibilidad

Acesco en su interés de ofrecerle al mercado productos sostenibles ha revisado su **Ciclo de Vida (CVP)** para identificar, cuantificar y evaluar los impactos que tienen nuestros productos en el medio ambiente durante todas las etapas de su ciclo de vida, desde la extracción de las materias primas hasta el fin de su vida útil.

Como resultado se cuenta con **Autodeclaración Ambiental de Producto (DAP)** para Teja de Zinc.

El material de empaque utilizado en cada uno de los productos es reciclable y puede ser enviado a aprovechamiento a través de gestores debidamente autorizados.

Toda la información anterior puede ser consultada en nuestra página web.



Certificaciones

ACEROS PARA LA CONSTRUCCION

3 ACERO FIGURADO SISMO RESISTENTE

ELABORADO A PARTIR DE CHIPA Y BARRAS DE ACERO CORRUGADO



Planta de figuración GyJ. Sabaneta

DEFINICION Corte y doblado de barras de acero estructural sismoresistente en las formas, dimensiones y diámetros solicitados por el cliente.

PRINCIPALES USOS Utilizados en refuerzos de concreto para la construcción de elementos estructurales en diseños sismoresistentes.



Planta de figuración. Estribos

Trabajamos con acero de la más alta calidad que cumplen las normas de sismorresistencia:
NSR 10: Reglamento Colombiano de construcción sismoresistente.
NTC 2289: Barras corrugadas y lisas de acero de baja aleación, para refuerso de concreto.
Norma de referencia ASTM A-706, grado 60.

Nuestros clientes tienen disponible a nivel nacional 18 UPES que ofrecen un óptimo servicio de Figuración.

Nuestros clientes nos suministran las cartillas de pedido, o la elabora con nuestro software de figuración que se entrega de manera gratuita. En él se obtiene el despiece y se indican los kilos requeridos y su liquidación, se suministra al detalle el listado del material a figurar (diámetro de la varilla, longitud de cortes, tipo de figura y cantidad requerida, con totales de metros y kilos).

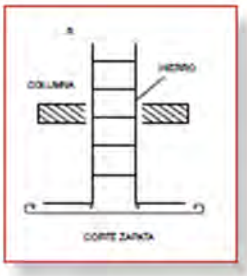
En nuestros equipos de control se procede a realizar corte y doblado con la más alta precisión de acuerdo a las especificaciones.

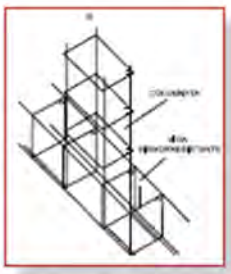
Tenemos establecido procesos de control de calidad para garantizar medidas exactas y diseños solicitados.

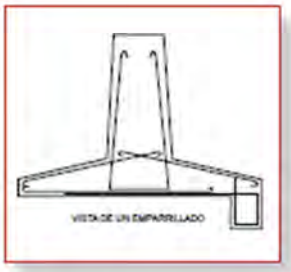
El acero figurado se entrega amarrado en paquetes que permiten fácil manipulación, con cada paquete va la respectiva etiqueta de identificación con los detalles del pedido.

El producto correctamente etiquetado es cargado en nuestros vehículos y entregados de manera directa a nuestros clientes en el lugar donde se desarrolla la obra de construcción.

EJEMPLOS DE ARMADURAS DE REFUERZO







4 MALLA ELECTROSOLDADA PARA REFUERZO DE CONCRETO



Malla electrosoldada estándar o a medidas especiales

DEFINICIÓN

Es un arreglo bidireccional de alambres grafilados superpuestos en sentido longitudinal y transversal, los cuales forman ángulos rectos entre si e intersecciones unidas con soldaduras de contacto.

Se fabrica malla estándar de 2,35 m ancho x 6 m de largo en las diferentes referencias y malla especial teniendo en cuenta espacios mínimos establecidos, diámetros que no deben superar el 35% de diferencia entre ellos, y la cantidad mínima a fabricar.

Se utilizan grafiles para la elaboración de las mallas y/o uso en obras para refuerzo en construcciones, su superficie posee deformaciones, en bajo y alto relieve de manera que impide el movimiento longitudinal del alambre en dicha construcción de concreto. Presentación en barras de 6 m generalmente.

Elaboración de Ram o refuerzo para mampostería, elaborado con alambre grafilado según norma NTC 5806 (Alambre de acero liso y grafilado, mallas electrósoldadas para refuerzo de concreto) y NTC 2674 (Siderugia, empaque, rotulado y métodos de carga de productos de acero para despacho doméstico). Cada Ram está compuesto de grafiles longitudinales y transversales, los cuales llevan una separación según los estándares o las medidas que el cliente necesita.

USOS DE LAS MALLAS ELECTROSOLDADAS



Máquina para producción de Malla Electrosoldada

Pavimentos para carreteras, Calles de aeropuertos:

El objeto de reforzar losas de concreto para vías en general, con malla electrosoldada Concremalla, es controlar y evitar los agrietamientos que se presentan por esfuerzos y deformaciones de tensión, producidos por la acción de cargas y por la resistencia ejercida por la fricción al movimiento de la losa cuando trata de expandirse o contraerse.

Tubería de Concreto:

Por su gran resistencia, las mallas toleran grandes cargas concentradas, motivo por el cual se utilizan para reforzar tuberías de concreto.

Canales, Muros de Contención:

La malla tiene gran aplicación e importancia en obras civiles como son las canales, boxcoulvert y muros de contención, permitiendo continuidad del refuerzo, facilidad de colocación y una alta rapidez en ejecución de la obra.

Edificios:

Por su enorme versatilidad la malla electrosoldada se utiliza en un gran porcentaje en las estructuras de edificios logrando economía en tiempo y materiales.

Vivienda Residencial:

En cimientos, paredes, techos, pisos para garaje, placas de cubierta.

Vivienda Multifamiliar:

La malla electrosoldada es la adecuada en construcción de vivienda prefabricada por permitir gran velocidad de trabajo.

Revestimiento de Túneles:

Si de controlar filtraciones de agua se trata o conservar y adecuar superficies para túneles, la malla electrosoldada es utilizada, por su eficiencia y economía.

SABANA DE AVANCE MENSUAL

Consorcio HDC

FORMATO DE AVANCE MENSUAL DE OBRA

CANTIDADES CONTRACTUALES							ACTIVIDADES EJECUTADAS		CANTIDAD EJECUTADA EN EL		CANTIDAD ACUMULADA EJECUTADA			
ITEM	DESCRIPCIÓN	UND.	CANTIDAD	Vr. UNITARIO	Vr. TOTAL	PESO %	CANT. ACUMULADO PERIODO ANTERIOR	VR. TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR	CANT. EJECUTADO MES ACTUAL.	VR. TOTAL ACUMULADO MES ACTUAL.	CANTIDAD ACUMULADA	VR. TOTAL ACUMULADO	% ITEM-PROG.	% EJECUCION ITEM ACUMULADO
1	DEMOLICIONES Y DESMONTE													
1,1	Desmonte Marcos y puertas con transporte.	m2	107,10	$ 11.075,00	$ 1.186.132,50			$ 0,00	107,10	$ 1.186.132,50	107,10	$ 1.186.132,50	0,01%	0,01%
1,2	Desmonte de Ventanas, con transporte.	m2	83,25	$ 7.666,00	$ 638.194,50			$ 0,00	83,25	$ 638.194,50	83,25	$ 638.194,50	0,00%	0,00%
1,3	Desmonte Aparatos Sanitarios	und	20,00	$ 16.522,00	$ 330.440,00			$ 0,00	20,00	$ 330.440,00	20,00	$ 330.440,00	0,00%	0,00%
1,4	Desmonte de Cielo Raso con retiro.	m2	1.263,28	$ 12.411,00	$ 15.678.568,08			$ 0,00	1.263,28	$ 15.678.568,08	1263,28	$ 15.678.568,08	0,08%	0,08%
1,5	Desmonte de Luminarias,con retiro.	und	102,00	$ 20.711,00	$ 2.112.522,00			$ 0,00	102,00	$ 2.112.522,00	102,00	$ 2.112.522,00	0,01%	0,01%
1,6	Demolicion a mano de tableta piso,	m2	1.493,37	$ 13.434,00	$ 20.061.932,58			$ 0,00	856,00	$ 11.499.504,00	856,00	$ 11.499.504,00	0,10%	0,06%
1,7	Desmonte Cubierta, con correas y transporte.	m2	1.493,37	$ 13.688,00	$ 20.441.248,56			$ 0,00	552,00	$ 7.555.776,00	552,00	$ 7.555.776,00	0,10%	0,04%
1,8	Demolición Mecánica de Edificaciones con Equipo Pesado.(Inc. Vigas columnas,muros,cimentación con Retro excavadora con martillos hidráulico,cargue mecánico y retiro de escombros hasta 6km).	m3	356,25	$ 328.158,00	$ 116.906.287,50	0,85%		$ 0,00	50,00	$ 16.407.900,00	50,00	$ 16.407.900,00	0,56%	0,08%
TOTAL CAPITULO					$ 177.355.325,72		TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR	$ 0,00	TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO	$ 55.409.037,08	TOTAL EJECUTADO ACUMULADO	$ 55.409.037,08	%TOTAL EJECUTADO CAPITULO	0,27%
2	PRELIMINARES													
2,1	Cerramiento en teja de Zinc	ml	227,86	$ 55.862,00	$ 12.728.715,32			$ 0,00	156,00	$ 8.714.472,00	156	$ 8.714.472,00	0,06%	0,04%
2,2	Replanteo y localizacion para arquitectura, sobre terreno	m2	3.142,13	$ 5.734,00	$ 18.016.973,42			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
2,3	Excavacion manual en conglomerado	m3	143,51355	$ 54.147,00	$ 7.770.828,19			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
2,4	Excavacion mecanica en material comun 0 - 2 m (area restringida)	m3	350,97825	$ 20.081,00	$ 7.047.994,24			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
2,5	Relleno en tierra negra abonada	m3	28,463	$ 93.409,00	$ 2.658.700,37			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
2,6	Relleno con material sub base triturada tamaño maximo 2", compactado para áreas pequeñas de cimentación.	m3	628,426	$ 133.049,00	$ 83.611.450,87	0,63%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,40%	0,00%
TOTAL CAPITULO					$ 131.834.662,41		TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR	$ 0,00	TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO	$ 8.714.472,00	TOTAL EJECUTADO ACUMULADO	$ 8.714.472,00	%TOTAL EJECUTADO CAPITULO	0,04%
3	CIMENTACION Y ESTRUCTURA													
3,1	Concreto para solado resistencia 175 kg/cm2 -2500 psi	m3	32,4447	$ 1.253.553,00	$ 40.671.151,02			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,20%	0,00%
3,2	Zapata en concreto para cimentacion de resistencia 3000 Psi	m3	129,1375	$ 1.424.598,00	$ 183.969.024,23			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,88%	0,00%
3,3	Viga de amarre para cimentacion en concreto de 3000 Psi	m3	127,5676	$ 1.398.866,00	$ 178.449.978,34			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,86%	0,00%
3,4	Columna en concreto de resistencia 3000 psi 3-6 m	m3	51,976825	$ 1.600.704,00	$ 83.199.511,68			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,40%	0,00%
3,5	Columna en concreto de resistencia 3000 psi 6-9 m	m3	37,312	$ 1.778.552,00	$ 66.361.332,22			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,32%	0,00%
3,6	Columna de 0.15 x 0.25 en concreto de 3000 Psi 9-12 m	ml	23,00	$ 189.936,00	$ 4.368.528,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
3,7	Muro en concreto de 3000 psi impermeabilizado de resistencia 210 kg/cm². 0-3 m, TANQUE SUBTERRANEO	m3	17,50	$ 1.721.705,00	$ 30.129.837,50			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,14%	0,00%
3,8	Viga aerea en concreto de resistencia 3000 psi 3-6m	m3	181,0518	$ 1.830.947,00	$ 331.496.250,05			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,59%	0,00%
3,9	Viga aerea en concreto de resistencia 3000 psi 6-9m	m3	134,4717	$ 1.870.473,00	$ 251.525.684,11			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,21%	0,00%
3,10	Viga aerea de 0.25 x 0.60 en concreto de 3000 Psi	ml	355,85	$ 247.718,00	$ 88.150.450,30			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,42%	0,00%
3,11	Viga aerea de 0.30 x 0.60 en concreto de 3000 Psi	ml	172,30	$ 315.229,00	$ 54.313.956,70			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,26%	0,00%
3,12	Viga aerea de 0.25 x 0.60 en concreto de 3000 Psii 6-9 m	ml	64,84	$ 259.088,00	$ 16.799.265,92			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%

3,13	Viga aerea de 0.30 x 0.60 en concreto de 3000 Psi 6-9 m	ml	5,90	$ 319.663,00	$ 1.886.011,70			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
3,14	Columna concreto de resistencia 3000 psi (0.20 x 0.12 x 1)	ml	2.889,432	$ 40.167,00	$ 116.059.815,14			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,56%	0,00%
3,15	Viga cinta de 0.12 x 0.20 m en concreto de resistencia 3000 Psi	ml	2.154,55	$ 41.783,00	$ 90.023.562,65	20,77%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,43%	0,00%
3,16	Viga canal concreto impermeabilizado de resistencia 3000 Psi	ml	78,40	$ 637.576,00	$ 49.985.958,40			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,24%	0,00%
3,17	Formaleta entrepiso (incluye: parales, cerchas y cruzetas)	m2	2.057,58	$ 26.457,00	$ 54.437.394,06			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,26%	0,00%
3,18	Acero de Refuerzo Grado 60	Kg	116.394,28	$ 11.144,00	$ 1.297.097.856,32			$ 0,00	54.000,00	$ 601.776.000,00	54000	$ 601.776.000,00	6,22%	2,89%
3,19	Malla electrosoldada	Kg	10.559,103427896	$ 10.215,00	$ 107.861.241,52			$ 0,00	2.500,00	$ 25.537.500,00	2500	$ 25.537.500,00	0,52%	0,12%
3,20	Losa maciza elevada para entrepiso	m2	2.057,58	$ 128.715,00	$ 264.841.409,70			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,27%	0,00%
3,21	Placa base en concreto 3000 psi e=0.10 m	m2	2.176,07	$ 142.638,00	$ 310.390.272,66			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,49%	0,00%
3,22	Dintel en concreto de 3000 psi 12 x 15 reforzado	ml	229,80	$ 65.910,00	$ 15.146.118,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
3,23	Mesones en concreto de 3000 psi 0.10 m, A = 0.60 m	m2	92,0265	$ 312.479,00	$ 28.756.348,69			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,14%	0,00%
3,24	Granito pulido travertino peruano No 2, para enchape mesón A=0.50 a 0.60 m	m2	92,0265	$ 75.479,00	$ 6.946.068,19			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
3,25	concreto viga de cimentacion cerramiento no incluye refuerzo	m3	45,55564	$ 1.495.710,00	$ 68.138.026,30			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,33%	0,00%
3,26	Concreto para escalera	m3	27,961726	$ 1.910.522,00	$ 53.421.492,68			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,26%	0,00%
3,27	Concreto de 3000 Psi para losas para tanque subterraneo	m3	18,50	$ 1.721.705,00	$ 31.851.542,50			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,15%	0,00%
3,28	Concreto de 3000 Psi para muro pantalla	m3	59,0427	$ 1.910.526,00	$ 112.802.613,46			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,54%	0,00%
3,29	Losa para rampa en concreto de 3000 Psi	m3	21,821184	$ 1.910.526,00	$ 41.689.939,38			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,20%	0,00%
3,30	Lamina metaldeck 2" Cal. 22 Suministro e Instal.	m2	2.611,284	$ 134.441,00	$ 351.063.632,24			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,68%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 4.331.834.273,69**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 627.313.500,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 627.313.500,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**3,01%**
4	**CUBIERTA Y CIELORASO**													
4,1	suministro e instalación cubierta en teja panel metálico de aluzinc - aluzinc cal 26 tipo sandwich, con icopor, acabado en pintura poliester horneada en ambas caras. espesor de 2``.	m2	1.405,74	$ 254.888,00	$ 358.306.257,12			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,72%	0,00%
4,2	tapas protectoras de remates para teja flanching y cumbrera calibre 26	ml	338,66	$ 80.901,00	$ 27.397.932,66			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,13%	0,00%
4,3	Cielo raso en lamina PVC 9 mm, incluye estructura	m2	3.218,4025	$ 131.627,00	$ 423.628.665,87			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	2,03%	0,00%
4,4	Estructura metalica en Acero ASTM-500 C para estructura de cubierta (Incluye: suministro - fabricacion - pintura - montaje)	kg	14.225,8684	$ 25.829,00	$ 367.439.954,90	6,80%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,76%	0,00%
4,5	acero estructural t astm a36 (incluye suministro montaje y pintura)	kg	135,00	$ 25.101,00	$ 3.388.635,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
4,6	suministro e instalacion de tubo 2" galvanizado L=3m; incluye platina de 4"x1/4" anticorrosivo y pintura	und	1.143,23529411765	$ 208.821,00	$ 238.731.537,35			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,14%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 1.418.892.982,90**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
5	**MAMPOSTERIA Y PAÑETES**													
5,1	Muro en bloque No. 4 de 0.10 m con andamio	m2	7.711,6275	$ 82.304,00	$ 634.697.789,76			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	3,04%	0,00%
5,2	Pañete liso impermeabilizado muros 1:4	m2	14.827,345	$ 36.808,00	$ 545.764.914,76			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	2,62%	0,00%
5,3	Filos y dilataciones 1:4	ml	7.097,60	$ 12.396,00	$ 87.981.849,60	6,08%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,42%	0,00%

	TOTAL CAPITULO				**$ 1.268.444.554,12**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
6	**PISOS Y ENCHAPES**													
6,1	Alistado impermeabilizado de pisos e= 0.04	m2	3.263,6275	$ 36.852,00	$ 120.271.200,63			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,58%	0,00%
6,2	Baldosa grano de marmol 30*30 / 33x33 cm blanco incluye destronque, pulida y brillado a todo costo	m2	2.720,9607	$ 172.550,00	$ 469.501.768,79			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	2,25%	0,00%
6,3	Guardaescoba mediacaña en granito	ml	2.905,78	$ 38.562,00	$ 112.052.688,36			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,54%	0,00%
6,4	Mediacaña mortero imp 1:3 0.12*0.12m	ml	2.905,78	$ 24.797,00	$ 72.054.626,66			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,35%	0,00%
6,5	Dilatacion palstica para mediacaña	ml	2.905,78	$ 4.160,00	$ 12.088.044,80			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
6,6	Enchape pared cerámica rectificada 30x60 cm brllante de 1a calidad instalada	m2	1.332,1053	$ 64.486,00	$ 85.902.142,38			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,41%	0,00%
6,7	Win media luna plastico	ml	370,70	$ 4.160,00	$ 1.542.112,00	5,16%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
6,8	Enchape de piso en ceramica antideslizante 45 x 45	m2	269,3446	$ 41.535,00	$ 11.187.227,96			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
6,9	Piso en concreto estampado. Suministro e instal.	m2	826,29	$ 201.270,00	$ 166.307.388,30			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,80%	0,00%
6,10	sardinel h=0.40 m, e=0.15 m concreto 3,000 psi (fundido en sitio, mezcla en obra. incluye suministro, formaleta y construcción)	ml	153,55	$ 164.298,00	$ 25.227.957,90			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
	TOTAL CAPITULO				**$ 1.076.135.157,77**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
7	**ESTUCO Y PINTURA**													
7,1	Estuco plástico muros. Suministro e instal.	m2	11.794,5637	$ 27.240,00	$ 321.283.915,19			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,54%	0,00%
7,2	Estuco en filos y dilataciones	ml	7.097,60	$ 10.690,00	$ 75.873.344,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,36%	0,00%
7,3	Pintura exterior tipo koraza o similar 3 manos sobre muros	m2	1.700,676	$ 29.611,00	$ 50.358.717,04			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,24%	0,00%
7,4	Pintura Antibacterial 1 mano o similar	m2	11.794,5637	$ 19.555,00	$ 230.642.693,15			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,11%	0,00%
7,5	Lineas de trafico de ancho 0.10 m, demarcacion	ml	59,44	$ 7.078,00	$ 420.716,32	3,25%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
	TOTAL CAPITULO				**$ 678.579.385,70**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
8	**CARPINTERIA METALICA - MADERA**													
8,1	Ventana aluminio, con vidrio 4 mm. Suministro e instal.	m2	521,4117	$ 462.017,00	$ 240.901.069,40			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,16%	0,00%
8,2	Puerta en RH incluye marco y chapa	m2	436,32	$ 767.518,00	$ 334.883.453,76			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,61%	0,00%
8,3	Puerta doble en RH con batiente incluye protector de acero y manija de seguridad	m2	115,20	$ 986.466,00	$ 113.640.883,20			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,54%	0,00%
8,4	Puerta en vidrio templado 10 mm, con zocalo, chapa e Instalada	m2	10,80	$ 1.967.605,00	$ 21.250.134,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,10%	0,00%
8,5	zocalo de proteccion	ml	649,88	$ 55.564,00	$ 36.109.932,32			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,17%	0,00%
8,6	Puerta en aluminio con marco y chapa	m2	4,32	$ 462.350,00	$ 1.997.352,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
8,7	Puerta doble en aluminio con marco y chapa	m2	3,60	$ 924.700,00	$ 3.328.920,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
8,8	Puerta Antipanico incluye accesorios	m2	13,20	$ 1.235.450,00	$ 16.307.940,00	6,85%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
8,9	Ventana aluminio tipo celosia o similar, con vidrio 4 mm. Suministro e instal.	m2	127,21	$ 468.520,00	$ 59.600.429,20			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,29%	0,00%
8,10	Baranda en acero inoxidable 2" con anclajes	ml	297,19	$ 796.520,00	$ 236.717.778,80			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,13%	0,00%
8,11	Suministro e instalación de lamina en acero inoxidable pintada para fachada incluye accerios de anclaje	m2	1.287,00	$ 283.480,00	$ 364.838.760,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,75%	0,00%

TOTAL CAPITULO					**$ 1.429.576.652,68**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
9	**APARATOS SANITARIOS Y ACCESORIOS**													
9,1	Sanitario discapacitados incluye griferia antivandalica	und	29,00	$ 1.654.305,00	$ 47.974.845,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,23%	0,00%
9,2	Lavamanos pedestal con griferia cromada	und	57,00	$ 299.325,00	$ 17.061.525,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
9,3	lavamanos de empotrar	und	26,00	$ 566.382,00	$ 14.725.932,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
9,4	Sanitario ecoclean instalado	und	28,00	$ 485.767,00	$ 13.601.476,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
9,5	Ducha prysma conjunto individual (tipo cromada) con registro o valvula	und	25,00	$ 115.483,00	$ 2.887.075,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
9,6	Lavaplatos acero inoxidable 100 x 50 de sobreponer con escurridero y grifería mezclador 8". Suministro e instal.	und	19,00	$ 260.685,00	$ 4.953.015,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
9,7	Lavaplatos acero inoxidable de sobreponer doble grifería mezclador 8". Suministro e instal.	und	10,00	$ 260.678,00	$ 2.606.780,00	0,62%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
9,8	Suministro e instalacion de pasamanos para discapacitados en acero inoxidable L=1.5 mts	und	58,00	$ 273.940,00	$ 15.888.520,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
9,9	pasamanos en acero inoxidable cal.18 2" incluye soportes	und	25,00	$ 204.701,00	$ 5.117.525,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
9,10	Espejo 5 mm. Suministro e instal.	m2	75,60	$ 58.733,00	$ 4.440.214,80			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 129.256.907,80**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
10	**INSTALACIONES HIDRAULICAS**													
10,1	Tubo presión RDE 21 PVC 1/2"	ml	309,00	$ 15.303,00	$ 4.728.627,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
10,2	Tubo presión RDE 21 PVC 3/4"	ml	139,00	$ 22.354,00	$ 3.107.206,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
10,3	Tubo presión RDE 21 PVC 1"	ml	299,00	$ 23.736,00	$ 7.097.064,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
10,4	Tubo presión RDE 21 PVC 1 1/4"	ml	159,00	$ 25.126,00	$ 3.995.034,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
10,5	Tubo presión RDE 21 PVC 1 1/2"	ml	109,20	$ 28.226,00	$ 3.082.279,20			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
10,6	Tubo presión RDE 21 PVC 2"	ml	42,00	$ 35.103,00	$ 1.474.326,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
10,7	Tubo presión RDE 21 PVC 2 1/2"	ml	25,00	$ 49.267,00	$ 1.231.675,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
10,8	Tubo presión RDE 21 PVC 3"	ml	47,00	$ 38.624,00	$ 1.815.328,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
10,9	Válvula de bola PVC 3/4" roscada	und	29,00	$ 22.081,00	$ 640.349,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
10,10	Válvula de bola PVC 1" roscada	und	62,00	$ 37.963,00	$ 2.353.706,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
10,11	Válvula de bola PVC 1 1/4" roscada	und	5,00	$ 42.686,00	$ 213.430,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
10,12	Válvula de bola PVC 3" roscada	und	3,00	$ 54.332,00	$ 162.996,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
10,13	suministro e instalacion de llave terminal (cuartos aseo)	und	45,00	$ 26.773,00	$ 1.204.785,00	0,20%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
10,14	suministro e instalacion de llave de paso	und	26,00	$ 22.737,00	$ 591.162,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
10,15	Camara de registro para medidor, diametro 1 1/2" (incluye caja en concreto, tapa metalica, registro de bola, filtro, medidor y acoples)	und	1,00	$ 536.449,00	$ 536.449,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
10,16	Punto hidráulico	und	285,00	$ 36.722,00	$ 10.465.770,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 42.700.186,20**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
11	**REDES DE DRENAJE - AGUAS LLUVIAS**													
11,1	aguas lluvias 4" (INCLUYE ACCESORIOS)	ml	300,50	$ 65.105,00	$ 19.564.052,50			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
11,2	aguas lluvias 6" (INCLUYE ACCESORIOS)	ml	16,00	$ 96.814,00	$ 1.549.024,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
11,3	aguas lluvias 8" (INCLUYE ACCESORIOS)	ml	16,00	$ 120.816,00	$ 1.933.056,00	0,11%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 23.046.132,50**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**

12	**INSTALACIONES HIDROSANITARIAS**													
AGUAS RESIDUALES CONVENCIONALES														
12,1	Tuberia 2" A.N. (Incluye accesorios y punto sanitario)	ml	262,15	$ 30.792,00	$ 8.072.122,80			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
12,2	Tuberia 3" A.N. (Incluye accesorios y punto sanitario)	ml	11,00	$ 50.310,00	$ 553.410,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,3	Tuberia 4" A.N. (Incluye accesorios y punto sanitario)	ml	532,50	$ 77.689,00	$ 41.369.392,50			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,20%	0,00%
12,4	Tuberia 6" A.N. (Incluye accesorios)	ml	49,50	$ 83.088,00	$ 4.112.856,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,5	sifon Sanitario PVC 2" 180° Suministro e Instal.	und	82,00	$ 28.103,00	$ 2.304.446,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,6	sifon Sanitario PVC 3" 180° Suministro e Instal.	und	6,00	$ 32.697,00	$ 196.182,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,7	Caja de inspeccion 0,60 x 0,60 sanitaria	und	6,00	$ 584.753,00	$ 3.508.518,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,8	Caja de inspeccion 0.80 x 0.80 sanitaria	und	3,00	$ 669.407,00	$ 2.008.221,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,9	Caja de inspeccion 1,00 x 1,00 sanitaria	und	1,00	$ 809.267,00	$ 809.267,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,10	Rejilla sifon	und	82,00	$ 24.127,00	$ 1.978.414,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
AGUAS RESIDUALES HOSPITALARIAS														
12,11	Tuberia 2" A.N. (Incluye accesorios y punto sanitario)	ml	148,00	$ 30.792,00	$ 4.557.216,00	0,47%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,12	Tuberia 3" A.N. (Incluye accesorios y punto sanitario)	ml	150,00	$ 50.310,00	$ 7.546.500,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
12,13	Tuberia 4" A.N. (Incluye accesorios y punto sanitario)	ml	56,50	$ 77.689,00	$ 4.389.428,50			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,14	sifon Sanitario PVC 2" 180° Suministro e Instal.	und	11,00	$ 28.103,00	$ 309.133,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,15	Caja de inspeccion 0,60 x 0,60 sanitaria	und	6,00	$ 584.752,00	$ 3.508.512,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,16	Caja de inspeccion 0.80 x 0.80 sanitaria	und	3,00	$ 669.412,00	$ 2.008.236,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,17	Caja de inspeccion 1,00 x 1,00 sanitaria	und	1,00	$ 809.272,00	$ 809.272,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,18	Rejilla sifon	und	11,00	$ 24.127,00	$ 265.397,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,19	tuberia ventilacion d=2"	ml	177,50	$ 39.790,00	$ 7.062.725,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
12,20	tuberia ventilacion d=3"	ml	42,00	$ 49.360,00	$ 2.073.120,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 97.442.368,80**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
13	**INSTALACIONES ELECTRICAS**													
RED DE MEDIA TENSION														
13,1	POSTE DE CONCRETO LÍNEA DE 12 M X 510 KG.	und	1,00	$ 3.080.269,00	$ 3.080.269,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,2	Estructura de paso NC510	und	1,00	$ 679.537,00	$ 679.537,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
13,3	Estructura NC 730	und	1,00	$ 2.532.145,00	$ 2.532.145,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,4	Bajante de media Tension en Tubo IMC de 4"	und	1,00	$ 2.538.279,00	$ 2.538.279,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,5	Caja de paso CS 275	und	3,00	$ 1.789.897,00	$ 5.369.691,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
13,6	Canalizacion Subterranea de 2x4"; incluye excavacion	ml	19,00	$ 237.485,00	$ 4.512.215,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
13,7	CTS518-2 Celda para transformador tipo seco (Nivel 2) de 225 KVA	und	1,00	$ 7.794.891,00	$ 7.794.891,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
13,8	Instalacion transformador de 225 KVA tipo seco, 13.200/220-120V; incluye 3 DPS polimericos; termostato	und	1,00	$ 8.965.230,00	$ 8.965.230,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
13,9	ACOMETIDA MEDIA TENSIÓN EN CABLE XLPE-15KV 3 x 2 AWG COBRE	ml	45,00	$ 403.588,00	$ 18.161.460,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
13,10	TERMINALES PREFORMADOS TIPO EXTERIOR 15 KV 2-3/0 AWG NORMA CODENSA CS-333, JUEGO DE 3 UND.	Jgo	1,00	$ 1.335.101,00	$ 1.335.101,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%

13,11	TERMINALES PREFORMADOS TIPO INTERIOR 15 KV 2-3/0 AWG NORMA CODENSA CS-332, JUEGO DE 3 UND.	Jgo	1,00	$ 753.826,00	$ 753.826,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
13,12	Malla de puesta a tierra de la subestaciòn conformada por 8 varillas de cobre de 2.44m; 50m de cable desnudo 2/0, Soldadura exotermina y caja de inspeccion para SPT	und	1,00	$ 7.553.032,00	$ 7.553.032,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
TABLEROS DE DISTRIBUCION													
13,13	Tablero General de medida semidirecta en Baja Tension según Norma AE 319, con totalizador de 630A, 3 transformadores de corriente tipo barra pasante de 600/5 A, Calibrados y homologados, Bloque de pruebas y Medidor trifasico electronico de 220V; 10A.	und	1,00	$ 12.522.824,00	$ 12.522.824,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
13,14	Tablero de Distribucion General del Sistema Normal. Compuesto por cofre de 1200x2100x400 con pintura electroestarica Rall 7032 con Barraje 3F+N+T de 800Amp, totallizador de 630Amp. Protecciones según diagrama unifilar. DPS calse I, II Elementos de Medida.	und	1,00	$ 31.239.059,00	$ 31.239.059,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,15%	0,00%
13,15	instalacion planta electrica de 200 kW Insonora; 220Vac	und	1,00	$ 24.560.229,00	$ 24.560.229,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
13,16	Tablero de Distribucion General del Sistema Emergenca Compuesto por cofre de 1200x2100x400 con pintura electroestarica Rall 7032 con barraje 3F+N+ T de 800Amp , totallizador de 600Amp. E interruptores según diagrama unifilar	und	1,00	$ 21.476.059,00	$ 21.476.059,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,10%	0,00%
13,17	Transferencia automatica motorizada de 600A-220 Vac	und	1,00	$ 23.637.686,00	$ 23.637.686,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
13,18	Transferencia automatica motorizada de 200A-220 Vac	und	1,00	$ 10.704.140,00	$ 10.704.140,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
13,19	Transferencia automatica motorizada de 100A-220 Vac	und	2,00	$ 4.967.946,00	$ 9.935.892,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
13,20	Tablero de Distribucion General Sistema Normal con suplencia Compuesto por cofre de 1200x2100x400 con pintura electroestarica Rall 7032 con barraje 3F+N+ T de 800Amp , totallizador de 600Amp. E interruptores según diagrama unifilar	und	1,00	$ 23.629.289,00	$ 23.629.289,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
13,21	Tablero de Distribucion del Sistema Vital que contiene Totalizador de 3x100A y protecciones de acuerdo con diagrama unifilar	und	2,00	$ 7.667.146,00	$ 15.334.292,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
13,22	Tablero de Distribucion del Sistema Critico que contiene Totalizador de 3x80A y protecciones de acuerdo con diagrama unifilar.	und	2,00	$ 7.989.135,00	$ 15.978.270,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
13,23	Tablero de Distribucion del Sistema Regulado que contiene Totalizador de 3x50A y protecciones de acuerdo con diagrama unifilar	und	1,00	$ 4.668.036,00	$ 4.668.036,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
13,24	Tablero de Aire Acondicionado Central con totalizador de 500A; 2 protecciones de 260A, 2 de 63A y 4 de 32A	und	1,00	$ 24.046.534,00	$ 24.046.534,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%

13,25	Tablero de Aire Acondicionado TAA1 y TAA2 ycompresores TCMP con totalizador de 3x32 y 8 de 1x10A	und	3,00	$ 5.315.900,00	$ 15.947.700,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
13,26	Tablero de Ascensores 1 con Totalizador de 100A, 2 de 3x63A y 3x10A	und	1,00	$ 3.276.271,00	$ 3.276.271,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
13,27	Tablero de Ascensores 2 con 1 taco de 3x63A y 3x10A	und	1,00	$ 1.516.287,00	$ 1.516.287,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,28	Caja de By-Pass para UPS de 12 KVA trifasica de 50A	und	1,00	$ 1.749.894,00	$ 1.749.894,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,29	Instalacion UPS de 10 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	2,00	$ 2.772.480,00	$ 5.544.960,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
13,30	instalacion UPS de 7.5 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	2,00	$ 1.122.481,00	$ 2.244.962,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,31	Instalacion UPS de 5 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	3,00	$ 682.481,00	$ 2.047.443,00	7,91%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,32	instalacion UPS de 3 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	2,00	$ 554.496,00	$ 1.108.992,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,33	instalacion tablero Transformador de Aislamiento 1:1; 3 KVA, 220 Vac	und	2,00	$ 654.896,00	$ 1.309.792,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
	ACOMETIDAS DE BAJA TENSION Y TABLEROS DE CIRCUITOS													
13,34	Caja de paso CS 275	und	1,00	$ 1.789.897,00	$ 1.789.897,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,35	Caja de Inspeccion CS 274	und	4,00	$ 1.633.489,00	$ 6.533.956,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
13,36	Canalizacion Subterranea de 1ø4"+20ø2"; incluye excavacion	ml	20,00	$ 906.938,00	$ 18.138.760,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
13,37	Canalizacion Subterranea de 1ø4"+12ø2"; incluye excavacion	ml	3,15	$ 635.105,00	$ 2.000.580,75			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,38	Canalizacion Subterranea de 1ø4"+5ø2"; incluye excavacion	ml	5,50	$ 444.519,00	$ 2.444.854,50			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,39	Canalizacion Subterranea de 4x2"; incluye excavacion	ml	10,30	$ 280.256,00	$ 2.886.636,80			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,40	Canalizacion Subterranea de 2x4"8x2"; incluye excavacion	ml	20,53	$ 520.829,00	$ 10.692.619,37			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
13,41	Canalizacion Subterranea de 1x1"; incluye excavacion	ml	89,42	$ 39.719,00	$ 3.551.672,98			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
13,42	Canalizacion Subterranea de 1x2"; incluye excavacion	ml	44,16	$ 58.669,00	$ 2.590.823,04			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,43	Acometida Parcial en 2(3X250+1X250N)+2/0T AWG-THHN; Libre de Halogenos Para TAAC	ml	167,35	$ 2.026.175,00	$ 339.080.386,25			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,63%	0,00%
13,44	Acometida Parcial en 3X250+1X250N+2/0T AWG-THHN; Libre de Halogenos Para Banco de reactiva	ml	12,00	$ 1.039.597,00	$ 12.475.164,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
13,45	Acometida Parcial en 3X2+1X1/0N+4T AWG-THHN; Libre de Halogenos	ml	246,04	$ 337.699,00	$ 83.087.461,96			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,40%	0,00%
13,46	Acometida Parcial en 2X2+1X1/0N+4T AWG-THHN; Libre de Halogenos	ml	111,68	$ 273.916,00	$ 30.590.938,88			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,15%	0,00%
13,47	Acometida Parcial en 3X4+1X4N+8T AWG-THHN; Libre de Halogenos	ml	110,84	$ 201.526,00	$ 22.337.141,84			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
13,48	Acometida Parcial en 2X4+1X4N+8T AWG-THHN; Libre de Halogenos	ml	170,61	$ 132.156,00	$ 22.547.135,16			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
13,49	Acometida Parcial en 2X6+1X4N+8T AWG-THHN; Libre de Halogenos	ml	184,35	$ 121.579,00	$ 22.413.088,65			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
13,50	Acometida Parcial en 2X8+1X8N+10T AWG-THHN; Libre de Halogenos	ml	203,15	$ 64.403,00	$ 13.083.469,45			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
13,51	Acometida Parcial en 3X8+1X8N+10T AWG-THHN; Libre de Halogenos	ml	232,94	$ 88.000,00	$ 20.498.720,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,10%	0,00%
13,52	Tablero de 18 Circuitos trifasico con espacio para totalizador	und	4,00	$ 1.085.293,00	$ 4.341.172,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
13,53	Tablero de 18 Circuitos bifasico	und	2,00	$ 743.874,00	$ 1.487.748,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,54	Tablero de 12 Circuitos trifasico con espacio para totalizador	und	1,00	$ 879.174,00	$ 879.174,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
13,55	Tablero de 12 Circuitos Bifasico con chapa y puerta	und	2,00	$ 571.515,00	$ 1.143.030,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,56	Tablero de 8 Circuitos Bifasico con chapa y puerta	und	11,00	$ 330.878,00	$ 3.639.658,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%

13,57	Interruptor Industrial 3x100A	und	5,00	$ 224.196,00	$ 1.120.980,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,58	Interruptor Industrial 3x80A	und	4,00	$ 224.196,00	$ 896.784,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
13,59	Interruptor enchufable 1x15A	und	90,00	$ 28.982,00	$ 2.608.380,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,60	Interruptor enchufable 1x20A	und	92,00	$ 28.982,00	$ 2.666.344,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
	INSTALACIONES INTERNAS												
13,61	Salidas iluminación interior a 110v en tuberia PVC SCH40	und	482,00	$ 257.078,00	$ 123.911.596,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,59%	0,00%
13,62	Salidas iluminación de evacuacion y emergencia a 110v en tuberia PVC SCH40	und	140,00	$ 369.215,00	$ 51.690.100,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,25%	0,00%
13,63	Lámpara 60x60 tipo led de 53 W Mx-120Vac	und	172,00	$ 212.048,00	$ 36.472.256,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,17%	0,00%
13,64	Lámpara redonda de 8" tipo led de 24 W Mx- 120Vac	und	276,00	$ 110.073,00	$ 30.380.148,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,15%	0,00%
13,65	Lámpara aplique en pared tipo tortuga con bombillo LED de 12W- 120Vac	und	6,00	$ 116.673,00	$ 700.038,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
13,66	Lámpara de Evacuación Rectangular "SALIDA" Verde 120-130V	und	21,00	$ 230.523,00	$ 4.840.983,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
13,67	Lámpara de Emergencia R1LED 2x1,6W Unv.	und	87,00	$ 209.073,00	$ 18.189.351,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
13,68	Lámpara Rectangular Led 50W hermetica	und	27,00	$ 309.997,00	$ 8.369.919,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
13,69	Salida toma 120 V normal	und	565,00	$ 229.131,00	$ 129.459.015,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,62%	0,00%
13,70	Salida toma 120 V normal grado hospitalario	und	58,00	$ 230.781,00	$ 13.385.298,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
13,71	Salida toma 120 V normal Naranja grado hospitalario	und	160,00	$ 256.356,00	$ 41.016.960,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,20%	0,00%
13,72	Salida toma 220 V A.A.	und	36,00	$ 382.438,00	$ 13.767.768,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
13,73	Salida de TV en Tuberia EMT de 3/4" y Cable Coaxial	und	16,00	$ 368.274,00	$ 5.892.384,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
13,74	Lámpara Highby de 100W	und	11,00	$ 426.646,00	$ 4.693.106,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
13,75	lampara wall pack LED de 100W	und	15,00	$ 443.247,00	$ 6.648.705,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
	SISTEMA INTEGRAL DE PROTECCION CONTRATRAYOS (SIPRA)												
13,76	Cable de cobre desnudo 2/0	und	215,26	$ 94.814,00	$ 20.409.661,64		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,10%	0,00%
13,77	Caja de inspeccion AP280	und	4,00	$ 244.226,00	$ 976.904,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
13,78	Varilla de cobre 2.44mx5/8"	und	4,00	$ 381.178,00	$ 1.524.712,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,79	Punto de soldadura exotermica	und	8,00	$ 155.428,00	$ 1.243.424,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
13,80	Alambron de aluminio de 8mm con accesorios de unio	ml	352,00	$ 66.690,00	$ 23.474.880,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
13,81	Punta captadora de 1.2m con base	und	42,00	$ 297.860,00	$ 12.510.120,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
13,82	Trancision Alambron- cable de cobre	und	4,00	$ 1.866.119,00	$ 7.464.476,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
	SISTEMA DE VOZ Y DATOS												
13,83	Rack de telecomunicaciones, equipado	und	1,00	$ 28.965.499,00	$ 28.965.499,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,14%	0,00%
13,84	Salida de voz y datos aparateada	und	37,00	$ 1.399.278,00	$ 51.773.286,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,25%	0,00%
13,85	Salida de datos aparateada categoria 6	und	23,00	$ 1.332.768,00	$ 30.653.664,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,15%	0,00%
13,86	Cable UTP categoria 6	ml	3.127,00	$ 9.711,00	$ 30.366.297,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,15%	0,00%
	TOTAL CAPITULO				**$ 1.650.061.414,27**	**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
14	**INSTALACIONES ESPECIALES**												
	INSTALACIONES DE GAS Y GASES MEDICINALES												
14,1	Tubería de Cobre tipo L. Díam: 1/2" (incluye soportes, uniones, codos, tees, soldadura)	ml	350,00	$ 78.890,00	$ 27.611.500,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,13%	0,00%
14,2	Tubería de Cobre tipo L. Díam: 3/4" (incluye soportes, uniones, codos, tees, soldadura)	ml	420,00	$ 90.903,00	$ 38.179.260,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,18%	0,00%
14,3	Tubería de Cobre tipo L. Díam: 1" (incluye soportes, uniones, codos, tees, soldadura)	ml	120,00	$ 176.295,00	$ 21.155.400,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,10%	0,00%
14,4	Tubería de Cobre tipo L. Díam: 1-1/4" (incluye soportes, uniones, codos, tees, soldadura)	ml	90,00	$ 196.286,00	$ 17.665.740,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
14,5	Toma Tipo Amico, Chemetrón, Gentec ó similar, Quick Connect para Oxígeno	ml	53,00	$ 539.969,00	$ 28.618.357,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,14%	0,00%

14,6	Válvula de corte en Acero Inoxidable tipo 4 tornillos 1000 WOG. Díam: 1/2". Incluye Adaptadores de Bronce. Todo costo	und	12,00	$ 183.713,00	$ 2.204.556,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
14,7	Válvula de corte en Acero Inoxidable tipo 4 tornillos 1000 WOG. Díam: 3/4". Incluye Adaptadores de Bronce. Todo costo	und	3,00	$ 111.510,00	$ 334.530,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
14,8	Caja de Válvulas con válvula en SS tipo 4 tornillos 600 WOG. Díam: 1/2"x3/4". Fabricación Nacional.(Incluye cajas, marco, válvulas, manometro e instalación)	und	5,00	$ 2.514.455,00	$ 12.572.275,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
14,9	Caja de Válvulas con válvula en SS tipo 4 tornillos 600 WOG. Díam: 1/2"x1". Fabricación Nacional.(Incluye cajas, marco, válvulas, manometro e instalación)	und	1,00	$ 2.322.489,00	$ 2.322.489,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
14,10	PANEL DE CABECERA TROQUELADO COMPARTIMENTO INDEPENDIENTE, PINTURA CERTIFICADA, TOMA TIPO MEDICO PUNTO ELECTRICO REGULADO, NORMAL Y EMERGENCIA, DE 1,9MTS, CON TOMA DE OXIGENO Y VACIO, ATRIL SE SERVICIOS INTEGRADO DESLIZANTE EN ACERO INOXIDABLE, CANASTA DE ACCESORIOS TROQUELADA CUMPLE CON NORMA NFPA 99. CERTIFICACION UL, IEC 60601, ISO9001.	und	27,00	$ 7.899.998,00	$ 213.299.946,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,02%	0,00%
14,11	COLUMNA DE SERVICIOS PISO TECHO, INCLUYE SEIS TOMASDE OXIGENO,2DE VACIO 2 DE AIRE TIPO CHEMETRON, 6 TOMAS ELECTRICAS, DOS DE ELLAS REGULADAS, CUMPLE CON NORMA NFPA 99. CERTIFICACION UL, IEC 60601, ISO9001.	und	2,00	$ 29.899.997,00	$ 59.799.994,00	3,25%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,29%	0,00%
14,12	Alarma de Área para DOS señales Marca Amico, Chemetron ó similar, para Oxigeno con Sensor Remoto y valvula de bola de 1/4", Incluye instalación de la caja, el panel y el sensor, interconexión de modulos, configuración y pruebas de funcionamiento.	und	3,00	$ 8.899.998,00	$ 26.699.994,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,13%	0,00%
14,13	Central para Oxigeno, Control Automatico Amico o similar microcontrolado, Estructura para Manifold 3x3 con soportes,ángulos, colectores, válvulas de corte de alta presión por cilindro y Mangueras importadas.	und	1,00	$ 53.400.000,00	$ 53.400.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,26%	0,00%
14,14	Alarma de Maestra para central de Gases de 10 señales Marca Amico, Chemetron ó similar, para Oxigeno con Sensor Remoto y valvula de bola de 1/4", Incluye instalación de la caja, el panel y el sensor, interconexión de modulos, configuración y pruebas de funcionamiento.	und	1,00	$ 4.565.801,00	$ 4.565.801,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%

14,15	Sistema de Vacio Duplex de 3 hp según cumplimiento de Norma NFPA 99, este sistema cuenta con Dos Bombas de Anillo liquido de 3 HP, con un Tanque Acomulador de 100 Galones, Tablero Electrico con selectores de Bomba Luminosos, Tanque Alimentacion Anillo, Acople Flexible a la Unidad de Vacio y Drenaje Tanque Acumulador	und	1,00	$ 116.299.997,00	$ 116.299.997,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,56%	0,00%
	LLAMADO DE ENFERMERIA													
14,16	CONSOLA de llamado de enfermeria, incluye display a bajo voltaje, comunicación bidireccional, incluye unidad master de control y receptor de meson	und	2,00	$ 12.999.998,00	$ 25.999.996,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
14,17	pulsador para llamado de enfermeria con altavoz, senaluminosa y a bajo voltaje	und	24,00	$ 320.000,00	$ 7.680.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
14,18	DISPLAY DOBLE SENTIDOS VISUALIZADOR TIPO LED	und	2,00	$ 4.799.998,00	$ 9.599.996,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
14,19	TABLERO PARA USO EN BAÑOS	und	21,00	$ 179.999,00	$ 3.779.979,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
14,20	Cable UTP categoria 6. Suministro e instalación.	ml	647,00	$ 9.042,00	$ 5.850.174,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
	TOTAL CAPITULO				**$ 677.639.984,00**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
15	**RED CONTRAINCENDIOS**													
15,1	TUBERIA AC SCH 40 1" SUMINISTRO	ml	565,04	$ 87.539,00	$ 49.463.036,56			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,24%	0,00%
15,2	TUBERIA AC SCH 40 1 1/2"	ml	212,97	$ 113.768,00	$ 24.229.170,96			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
15,3	TUBERIA AC SCH 40 2" SUMINISTRO	ml	58,28	$ 151.691,00	$ 8.840.551,48			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
15,4	TUBERIA AC SCH 40 2 1/2"	ml	82,46	$ 189.614,00	$ 15.635.570,44			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
15,5	TUBERIA AC SCH 40 3" SUMINISTRO	ml	207,17	$ 227.542,00	$ 47.139.876,14			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,23%	0,00%
15,6	TUBERIA AC SCH 40 4" SUMINISTRO	ml	101,52	$ 262.847,00	$ 26.684.227,44			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,13%	0,00%
15,7	SOPORTE TIPO PERA 1"	und	141,00	$ 36.026,00	$ 5.079.666,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
15,8	SOPORTE TIPO PERA 1 1/2"	und	46,00	$ 38.540,00	$ 1.772.840,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
15,9	SOPORTE TIPO PERA 2"	und	13,00	$ 41.520,00	$ 539.760,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
15,10	SOPORTE TIPO PERA 2 1/2"	und	18,00	$ 45.650,00	$ 821.700,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
15,11	SOPORTE TIPO PERA 3"	und	45,00	$ 48.752,00	$ 2.193.840,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
15,12	SOPORTE TIPO PERA 4"	und	22,00	$ 54.560,00	$ 1.200.320,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
15,13	STRAP 1"x1/2"	und	120,00	$ 92.731,00	$ 11.127.720,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
15,14	STRAP 1 1/2"x1/2"	und	170,00	$ 77.666,00	$ 13.203.220,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
15,15	ROCIADOR PENDENT - ACCION	und	290,00	$ 289.021,00	$ 83.816.090,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,40%	0,00%
15,16	SUMINISTRO E INSTALACION DE	und	2,00	$ 4.683.605,00	$ 9.367.210,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
15,17	SUMINISTRO E INSTALACION DE	und	26,00	$ 186.940,00	$ 4.860.440,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
15,18	EXTINTOR CLASE BC SEGÚN NTC	und	12,00	$ 165.840,00	$ 1.990.080,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
15,19	SIAMESA 4" x 2,1/2" x 2,1/2"	und	1,00	$ 1.425.620,00	$ 1.425.620,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
15,20	CUARTO DE BOMBAS RED INCENDIO	und	1,00	$ 6.545.230,00	$ 6.545.230,00	1,89%		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
15,21	ESTACION DE CONTROL Y DRENAJE	und	1,00	$ 5.489.056,00	$ 5.489.056,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
	DETECCIÓN DE INCENDIOS													
15,22	Detector o sensor de humo certificado UL/FM. Suministro e Instal. O similar	und	86,00	$ 346.501,00	$ 29.799.086,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,14%	0,00%
15,23	Estacion o pulsador manual de incendios de doble accion, incluye stopper o cubierta transparente para estación con espaciador y sirena 95 db. Suministro e Instal.	und	11,00	$ 1.186.000,00	$ 13.046.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
15,24	Cableado de incendios (3x22 awg-3x16 awg) para dispositivos de entrada o salida . Incluye tuberia conduit EMT Ø 1" y caja de paso 5800. Suministro e Instal.	ml	845,00	$ 26.109,00	$ 22.062.105,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
15,25	Alarma automatica visual y sonora	und	19,00	$ 430.738,00	$ 8.184.022,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%

TOTAL CAPITULO					$ 394.516.438,02	TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR	$ 0,00	TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO	$ 0,00	TOTAL EJECUTADO ACUMULADO	$ 0,00	%TOTAL EJECUTADO CAPITULO	0,00%
16	RED DE VENTILACION MECANICA												
CONDUCTOS PARA TRANSPORTE DE AIRE, DIFUSORES Y REJILLAS													
16,1	Conductos INTERIORES en Polisocianurato sin pintura (Incluye soportes, cinta, insumos, mano de obra de instalación, transporte, fabricacion) 20 mm	m2	754,00	$ 220.000,00	$ 165.880.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,80%	0,00%
16,2	Conductos EXTERIORES en Polisocianurato sin pintura (Incluye soportes, cinta, insumos, mano de obra de instalación, transporte, fabricacion)30 mm	m2	120,00	$ 280.000,00	$ 33.600.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,16%	0,00%
16,3	Conductos metalicos en lamina galvanizada calibre 24 (Incluye soportes, cinta, insumos, mano de obra de instalación, transporte, fabricacion)	m2	280,00	$ 150.000,00	$ 42.000.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,20%	0,00%
16,4	Difusor de suministro de aire multiireccional de 4 vias con damper 6"x6"	und	11,00	$ 125.000,00	$ 1.375.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,5	Difusor de suministro de aire multiireccional de 4 vias con damper 9"x9"	und	9,00	$ 186.000,00	$ 1.674.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,6	Difusor de suministro de aire multiireccional de 4 vias con damper 12"x12"	und	22,00	$ 284.000,00	$ 6.248.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
16,7	Difusor de suministro de aire multiireccional de 4 vias con damper 15"x12"	und	5,00	$ 340.000,00	$ 1.700.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,8	Difusor de suministro de aire multiireccional de 3 vias con damper 15"x9"	und	2,00	$ 270.000,00	$ 540.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,9	Difusor de suministro de aire multiireccional de 3 vias con damper 12"x9"	und	2,00	$ 230.000,00	$ 460.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,10	Difusor de suministro de aire multiireccional de 3 vias con damper 9"x6"	und	1,00	$ 145.000,00	$ 145.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,11	Rejilla de retorno tipo persiana con damper de 16"x16"	und	3,00	$ 420.000,00	$ 1.260.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,12	Rejilla de retorno tipo persiana con damper de 22"x22"	und	1,00	$ 740.000,00	$ 740.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,13	Rejilla de retorno tipo persiana con damper de 14"x14"	und	5,00	$ 340.000,00	$ 1.700.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,14	Rejilla de retorno tipo persiana con damper de 8"x8"	und	3,00	$ 150.000,00	$ 450.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,15	Rejilla de extraccion tipo persiana con damper de 6"x6"	und	48,00	$ 110.000,00	$ 5.280.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
16,16	Rejilla de extraccion tipo persiana con damper de 8"x8"	und	1,00	$ 150.000,00	$ 150.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,17	Rejilla de extraccion tipo persiana con damper de 12"x12"	und	7,00	$ 260.000,00	$ 1.820.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,18	Rejilla de extraccion tipo persiana con damper de 14"x12"	und	2,00	$ 300.000,00	$ 600.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,19	Rejilla tipo louver con damper de 16"X12"	und	2,00	$ 380.000,00	$ 760.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,20	Rejilla tipo louver con damper de 12"X12"	und	1,00	$ 320.000,00	$ 320.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,21	Rejilla tipo louver con damper de 26"X18"	und	1,00	$ 890.000,00	$ 890.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,22	Rejilla tipo louver con damper de 20"X10"	und	1,00	$ 420.000,00	$ 420.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,23	Rejilla tipo louver con damper de 20"X16"	und	1,00	$ 480.000,00	$ 480.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%

16,24	Rejilla tipo louver con damper de 20"X20"	und	1,00	$ 780.000,00	$ 780.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,25	Rejilla tipo louver con damper de 30"X24"	und	1,00	$ 1.350.000,00	$ 1.350.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
	TUBERIAS, ACCESORIOS CONDUCCION DE AGUA												
12,26	Tuberias hidronica aislada termicamente de 4" de diametro	ml	14,00	$ 580.000,00	$ 8.120.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
12,27	Tuberias hidronica aislada termicamente de 3" de diametro	ml	55,00	$ 470.000,00	$ 25.850.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
12,28	Tuberias hidronica aislada termicamente de 2,5" de diametro	ml	60,00	$ 432.000,00	$ 25.920.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
12,29	Tuberias hidronica aislada termicamente de 2" de diametro	ml	95,00	$ 370.000,00	$ 35.150.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,17%	0,00%
12,30	Tuberias hidronica aislada termicamente de 1,5" de diametro	ml	120,00	$ 205.000,00	$ 24.600.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
12,31	Tuberias hidronica aislada termicamente de 1,25" de diametro	ml	82,00	$ 180.000,00	$ 14.760.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
12,32	Tuberias hidronica aislada termicamente de 1" de diametro	ml	170,00	$ 135.000,00	$ 22.950.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
12,33	Tuberias hidronica aislada termicamente de 0,75" de diametro	ml	230,00	$ 118.000,00	$ 27.140.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,13%	0,00%
12,34	Tuberias hidronica aislada termicamente de 0,5" de diametro	ml	40,00	$ 105.000,00	$ 4.200.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,35	Tuberia hidronica TEE aislada termicamente de 4"	und	3,00	$ 495.000,00	$ 1.485.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,36	Tuberia hidronica TEE aislada termicamente de 3"	und	7,00	$ 250.000,00	$ 1.750.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,37	Tuberia hidronica TEE aislada termicamente de 2,5"	und	10,00	$ 180.000,00	$ 1.800.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,38	Tuberia hidronica TEE aislada termicamente de 2"	und	6,00	$ 138.000,00	$ 828.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,39	Tuberia hidronica TEE aislada termicamente de 1,5"	und	16,00	$ 95.000,00	$ 1.520.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,40	Tuberia hidronica TEE aislada termicamente de 1,25"	und	18,00	$ 67.000,00	$ 1.206.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,41	Tuberia hidronica TEE aislada termicamente de 1"	und	18,00	$ 54.000,00	$ 972.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,42	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 4"	und	2,00	$ 420.000,00	$ 840.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,43	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 3"	und	12,00	$ 210.000,00	$ 2.520.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,44	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 2,5"	und	8,00	$ 200.000,00	$ 1.600.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,45	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 2"	und	18,00	$ 158.000,00	$ 2.844.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,46	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 1,5"	und	12,00	$ 83.000,00	$ 996.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,47	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 1"	und	40,00	$ 47.000,00	$ 1.880.000,00	3,90%	$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,48	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 0,75"	und	94,00	$ 38.000,00	$ 3.572.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,49	Tuberia hidronica CODO aislado termicamente de 0,5"	und	16,00	$ 34.000,00	$ 544.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,50	Tuberia hidronica BRIDA aislado termicamente de 4"	und	2,00	$ 694.000,00	$ 1.388.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,51	Tuberia hidronica BRIDA aislado termicamente de 3"	und	6,00	$ 540.000,00	$ 3.240.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,52	Tuberia hidronica Eliminador de vibracion de 3"	und	6,00	$ 1.250.000,00	$ 7.500.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
12,53	Valvula triple servcio de 3" marca Grundfos aislada en espuma elastomerica denominacion R de armaflex	und	2,00	$ 4.560.000,00	$ 9.120.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
12,54	Codo difusor con filtro de 3" marca Grundfos aislada en espuma elastomerica denominacion R de armaflex	und	2,00	$ 2.850.000,00	$ 5.700.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%

12,55	Tanque Separador de aire tangencial de 3" marca Grundfos aislada en espuma elastomerica denominacion R de armaflex	und	1,00	$ 8.500.000,00	$ 8.500.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
12,56	Vaso de expansion cerrado grundfos tipo diafragma de 48 galones	und	1,00	$ 4.950.000,00	$ 4.950.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,57	Valvula en bronce tipo bola de 2 " aislada	und	6,00	$ 380.000,00	$ 2.280.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,58	Valvula en bronce tipo bola de 1,5 " aislada	und	2,00	$ 235.000,00	$ 470.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,59	Valvula en bronce tipo bola de 1 " aislada aislada	und	18,00	$ 120.000,00	$ 2.160.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,60	Valvula en bronce tipo bola de 0,75" aislada aislada	und	46,00	$ 72.000,00	$ 3.312.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,61	Valvula en bronce tipo bola de 0,5" aislada aislada	und	8,00	$ 60.000,00	$ 480.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,62	Valvula tipo mariposa metalica de 2,5 "	und	2,00	$ 250.000,00	$ 500.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,63	Valvula tipo mariposa metalica de 3 "	und	6,00	$ 290.000,00	$ 1.740.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,64	Valvula tipo mariposa metalica de 4 "	und	2,00	$ 425.000,00	$ 850.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
12,65	Termometros bimetalico caratula de 3" con accesorios en polipropileno (UMA-01-02-03-04-05)	und	10,00	$ 250.000,00	$ 2.500.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,66	Termometros de mercurio tipo columna con accesorios en polipropileno para chiller	und	4,00	$ 350.000,00	$ 1.400.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,67	Manometros tipo bourdon en gliserina con accesorios	und	15,00	$ 120.000,00	$ 1.800.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,68	Valvulas de 2 vias con actuador modulante de 0,5 de diametro	und	4,00	$ 1.350.000,00	$ 5.400.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
12,69	Valvulas de 2 vias con actuador modulante de 0,75 de diametro	und	23,00	$ 1.450.000,00	$ 33.350.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,16%	0,00%
12,70	Valvulas de 2 vias con actuador modulante de 1" de diametro	und	9,00	$ 1.650.000,00	$ 14.850.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,07%	0,00%
12,71	Valvulas de 2 vias con actuador modulante de 1,5" de diametro	und	1,00	$ 1.950.000,00	$ 1.950.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
12,72	Valvulas de 2 vias con actuador modulante de 2" de diametro	und	3,00	$ 2.680.000,00	$ 8.040.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
12,73	Valvulas de 2 vias con actuador modulante de 2,5" de diametro	und	1,00	$ 3.270.000,00	$ 3.270.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
12,74	Termostato tipo ambiente digital	und	5,00	$ 420.000,00	$ 2.100.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
TABLERO ELECTRICO													
12,75	Tablero electrico de potencia y control (Incluye cofre, Breiker totalizadores para chiller y unidades manejadoras y extractoras de aire, arrancadores con bimetalico ajustable y muletillas de aranque y parada.	und	1,00	$ 13.500.000,00	$ 13.500.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
MONTAJE DE EQUIPOS													
16,76	Montaje arranque y pruebas de operación de enfriadores de agua	und	2,00	$ 12.500.000,00	$ 25.000.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,12%	0,00%
16,77	Montaje arranque y pruebas de operación de Unidades manejadoras de aire	und	5,00	$ 4.500.000,00	$ 22.500.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,11%	0,00%
16,78	Montaje arranque y pruebas de operación de Unidades interiores tipo cassete y fancoil	und	36,00	$ 550.000,00	$ 19.800.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
16,79	Montaje arranque y pruebas de operación de Unidades extractoras de aire	und	5,00	$ 450.000,00	$ 2.250.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,80	Montaje arranque y pruebas de operación de Unidades extractora de aire tipo plafon	und	47,00	$ 90.000,00	$ 4.230.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
16,81	Balanceo distribucion de aire (130 difusores y rejillas)	und	1,00	$ 6.500.000,00	$ 6.500.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
16,82	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES (compacta)	und	1,00	$ 65.000.000,00	$ 65.000.000,00		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,31%	0,00%

16,83	Instalacion ascensor ocho (8) personas 2 paradas	und	1,00	$ 16.452.630,00	$ 16.452.630,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
16,84	Instalacion ascensor camillero 2 paradas	und	1,00	$ 21.546.200,00	$ 21.546.200,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,10%	0,00%
16,85	INSTALACION BOMBA BARNES LINEA ALTA PRESION HE 2-75 POTENCIA 7.5 HP VOLTAJE 220/240 o similar	und	1,00	$ 986.520,00	$ 986.520,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,00%	0,00%
16,86	Instalacion de equipo hidroneumático BARNES Modelo APT2-HE 2-75-501 Referencia 1J6008 (Cantidad Tanque 1, Tanque Litros 500) o similar (inc. Accesorios, tablero, sistematizacion).	und	1,00	$ 2.145.620,00	$ 2.145.620,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,87	Instalacion Bomba vertical tipo "turbina" listada RCI (jockey). Potencia 7.5 HP, 12 gpm, altura dinamica 74 m.c.a. o Similar.	und	1,00	$ 1.654.890,00	$ 1.654.890,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
16,88	Instalacion Bomba vertical tipo "turbina" listada RCI. Potencia 30 HP, 232 a 350 gpm, altura dinamica 67 m.c.a. o Similar.	und	1,00	$ 2.054.200,00	$ 2.054.200,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 814.139.060,00**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**	
TOTAL COSTOS DIRECTOS					**$ 14.341.455.487,00**	**68,76%**	**TOTAL COSTOS DIRECTOS ACUMULADOS PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL COSTOS DIRECTOS EJECUTADOS EN EL PERIODO**	**$ 691.437.009,00**	**TOTAL COSTOS DIRECTOS EJECUTADOS ACUMULADOS**	**$ 691.437.009,00**	**%TOTAL EJECUTADO COSTOS DIRECTOS**	**3,32%**	
A,I,U,							**A.I.U.**		**A.I.U.**		**A.I.U.**		**A.I.U.**		
ADMINISTRACION		**23%**			$ 3.298.534.762,00	15,82%	**ADMINISTRACION ACUMULADA PERIODO ANTERIOR**	$ 0,00	**ADMINISTRACION EJECUTADA EN EL PERIODO**	$ 159.030.512,00	**ADMINISTRACION EJECUTADA ACUMULADA**	$ 159.030.512,00	**%TOTAL EJECUTADO ADMINISTRACION**	0,76%	
IMPREVISTOS		**2%**			$ 286.829.110,00	1,38%	**IMPREVISTOS ACUMULADA PERIODO ANTERIOR**	$ 0,00	**IMPREVISTOS EJECUTADOS EN EL PERIODO**	$ 13.828.740,00	**IMPREVISTOS EJECUTADOS ACUMULADOS**	$ 13.828.740,00	**%TOTAL EJECUTADO IMPREVISTOS**	0,07%	
UTILIDAD		**5%**			$ 717.072.774,00	3,44%	**UTILIDAD ACUMULADA PERIODO ANTERIOR**	$ 0,00	**UTILIDAD EJECUTADA PERIODO**	$ 34.571.850,00	**UTILIDAD EJECUTADA ACUMULADA**	$ 34.571.850,00	**%TOTAL EJECUTADO UTILIDAD**	0,17%	
TOTAL OBRA CIVIL					**$ 18.643.892.133,00**	**89,39%**	**TOTAL OBRA CIVIL ACUMULADA PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL OBRA CIVIL EJECUTADA PERIODO**	**$ 898.868.111,00**	**TOTAL OBRA CIVIL EJECUTADA ACUMULADA**	**$ 898.868.111,00**	**%TOTAL EJECUTADO OBRA CIVIL**	**4,31%**	
17	**EQUIPOS ESPECIALES**														
17,1	Ascensor ocho (8) personas 2 paradas	und	1,00	$ 135.000.000,00	$ 135.000.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,65%	0,00%	
17,2	Ascensor camillero 2 paradas	und	1,00	$ 167.409.500,00	$ 167.409.500,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,80%	0,00%	
17,3	BOMBA BARNES LINEA ALTA PRESION HE 2-75 POTENCIA 7.5 HP VOLTAJE 220/240 o similar	und	2,00	$ 4.356.200,00	$ 8.712.400,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%	
17,4	Equipo hidroneumático BARNES Modelo APT2-HE 2-75-501 Referencia 1J6008 (Cantidad Tanque 1, Tanque Litros 500) o similar (inc. Accesorios, tablero, sistematizacion).	und	1,00	$ 17.176.471,00	$ 17.176.471,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%	
17,5	Bomba vertical tipo "turbina" listada RCI (jockey). Potencia 7.5 HP, 12 gpm, altura dinamica 74 m.c.a. o Similar.	und	1,00	$ 12.373.000,00	$ 12.373.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%	

17,6	Bomba vertical tipo "turbina" listada RCI. Potencia 30 HP, 232 a 350 gpm, altura dinamica 67 m.c.a. o Similar.	und	1,00	$ 18.611.000,00	$ 18.611.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
17,7	Tansformador de 225 KVA tipo seco, 13.200/220-120V; incluye 3 DPS polimericos; termostato	und	1,00	$ 44.210.951,00	$ 44.210.951,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,21%	0,00%
17,8	Planta electrica de 200 kW Insonora; 220Vac	und	1,00	$ 246.934.782,00	$ 246.934.782,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,18%	0,00%
17,9	UPS de 10 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	2,00	$ 10.204.381,00	$ 20.408.762,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,10%	0,00%
17,10	UPS de 7.5 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	2,00	$ 6.204.381,00	$ 12.408.762,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
17,11	UPS de 5 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	3,00	$ 3.887.946,00	$ 11.663.838,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
17,12	UPS de 3 KVA, Bifasica, 220Vac, 10 minutos de Autonomia	und	2,00	$ 5.953.600,00	$ 11.907.200,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
17,13	Transformador de Aislamiento 1:1; 3 KVA, 220 Vac	und	2,00	$ 9.031.200,00	$ 18.062.400,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
17,14	Enfriador de agua tipo chiller de descarga vertical de 60 TR refrigerante R-410a 220 VAC trifasico, 220 vac PH-3 R-410a.	und	2,00	$ 198.000.000,00	$ 396.000.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	1,90%	0,00%
17,15	Electrobomba tipo dual vertical en linea caudal 175 GPM cabeza 15 Pies.	und	2,00	$ 35.000.000,00	$ 70.000.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,34%	0,00%
17,16	Unidad manejadora de aire tipo hospitalaria doble pared con kid de filtracion (Merv4/Merv 13) Calor total 286,000 Btu/h caudal 5330 cfm con plenum de mezcla	und	1,00	$ 56.000.000,00	$ 56.000.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,27%	0,00%
17,17	Unidad manejadora de aire tipo hospitalaria doble pared con kid de filtracion (Merv4/Merv 13) Calor total 167,000 Btu/h caudal 2850 cfm con plenum de mezcla	und	1,00	$ 41.500.000,00	$ 41.500.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,20%	0,00%
17,18	Unidad manejadora de aire tipo hospitalaria doble pared con kid de filtracion (Merv4/Merv 13) Calor total 220,000 Btu/h caudal 3440 cfm con plenum de mezcla	und	1,00	$ 46.800.000,00	$ 46.800.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,22%	0,00%
17,19	Unidad manejadora de aire tipo hospitalaria doble pared con kid de filtracion (Merv4/Merv 13) Calor total 149,000 Btu/h caudal 3780 cfm con plenum de mezcla	und	1,00	$ 44.600.000,00	$ 44.600.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,21%	0,00%
17,20	Unidad manejadora de aire tipo hospitalaria doble pared con kid de filtracion (Merv4/Merv 13) Calor total 92,000 Btu/h caudal 1980 cfm con plenum de mezcla	und	1,00	$ 28.500.000,00	$ 28.500.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,14%	0,00%
17,21	Unidad interior tipo cassete de 4 vias hidronica de 8000 Btu/hr	und	4,00	$ 4.500.000,00	$ 18.000.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,09%	0,00%
17,22	Unidad interior tipo cassete de 4 vias hidronica de 15000 Btu/hr	und	15,00	$ 5.200.000,00	$ 78.000.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,37%	0,00%
17,23	Unidad interior tipo cassete de 4 vias hidronica de 20000 Btu/hr	und	6,00	$ 6.200.000,00	$ 37.200.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,18%	0,00%
17,24	Unidad interior tipo cassete de 4 vias hidronica de 26000 Btu/hr	und	2,00	$ 6.500.000,00	$ 13.000.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,06%	0,00%
17,25	Unidad interior tipo fancoil hidronica de 30000 Btu/hr	und	1,00	$ 5.500.000,00	$ 5.500.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,03%	0,00%
17,26	Unidad interior tipo fancoil hidronica de 15000 Btu/hr	und	8,00	$ 4.800.000,00	$ 38.400.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,18%	0,00%
17,27	Unidad de extraccion centrifuga de aire 1260 cfm, SP 0,6 in.c.a	und	1,00	$ 3.250.000,00	$ 3.250.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
17,28	Unidad de extraccion centrifuga de aire 2120 cfm, SP 0,5 in.c.a	und	1,00	$ 3.500.000,00	$ 3.500.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%
17,29	Unidad de extraccion centrifuga de aire 1450 cfm, SP 0,5 in.c.a	und	1,00	$ 3.250.000,00	$ 3.250.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,02%	0,00%

7,80%

17,30	Unidad de extraccion centrifuga de aire 850 cfm, SP 0,4 in.c.a	und	1,00	$ 2.700.000,00	$ 2.700.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
17,31	Unidad de extraccion centrifuga de aire 400 cfm, SP 0,3 in.c.a	und	1,00	$ 2.300.000,00	$ 2.300.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
17,32	Unidad de extraccion centrifuga de aire tipo plafon 160 cfm	und	5,00	$ 450.000,00	$ 2.250.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
17,33	Unidad de extraccion centrifuga de aire tipo plafon 80 cfm	und	34,00	$ 290.000,00	$ 9.860.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,05%	0,00%
17,34	Unidad de extraccion centrifuga de aire tipo plafon 60 cfm	und	8,00	$ 190.000,00	$ 1.520.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,01%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 1.627.009.066,00**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
18	**RETIE Y RETILAP**													
18,1	Certificacion RETIE de la Red de Media Tensio; Transformador, Subestacion y Uso Final	und	1,00	$ 15.890.000,00	$ 15.890.000,00			$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,08%	0,00%
18,2	Certificacion de RETILAP	und	615,00	$ 15.000,00	$ 9.225.000,00	**0,12%**		$ 0,00		$ 0,00	0	$ 0,00	0,04%	0,00%
TOTAL CAPITULO					**$ 25.115.000,00**		**TOTAL ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO EN EL PERIDODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO CAPITULO**	**0,00%**
	ADMINISTRACION		**13%**	$ 211.511.178,58	1,01%		**ADMINISTRACION ACUMULADA PERIODO ANTERIOR**	$ 0,00	**ADMINISTRACION EJECUTADA EN EL PERIODO**	$ 0,00	**ADMINISTRACION EJECUTADA ACUMULADA**	$ 0,00	**%TOTAL EJECUTADO ADMINISTRACION**	0,00%
	IVA 19% EQUIPOS + ADMON		**19%**	$ 349.318.846,00	1,67%		**IVA ACUMULADO PERIODO ANTERIOR**	$ 0,00	**IVA EJECUTADO EN EL PERIODO**	$ 0,00	**IVA EJECUTADO ACUMULADO**	$ 0,00	**%TOTAL EJECUTADO TOTAL EQUIPOS + ADMON + I.V.A.**	0,00%
	TOTAL EQUIPOS + ADMON + I.V.A.			**$ 2.187.839.090,58**	**10,49%**		**TOTAL EQUIPOS + ADMON + I.V.A. ACUMULADO EN EL PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**TOTAL EQUIPOS + ADMON + I.V.A. EJECUTADO EN EL PERIODO**	**$ 0,00**	**TOTAL EQUIPOS + ADMON + I.V.A. EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 0,00**	**%TOTAL EJECUTADO + I.V.A.**	**0,00%**
VALOR DEL CONTRATO + RETIE Y RETILAP					**$ 20.856.846.224,00**	**100,00%**	**VALOR DEL CONTRATO ACUMULADO EN EL PERIODO ANTERIOR**	**$ 0,00**	**VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EN EL PERIODO**	**$ 898.868.111,00**	**VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO ACUMULADO**	**$ 898.868.111,00**	**%TOTAL EJECUTADO VALOR DEL CONTRATO**	**4,31%**

PORCENTAJE ACUMULADO EN PERIODO ANTERIOR	0,00%
PORCENTAJE EJECUTADO EN EL PERIODO	4,31%
PORCENTAJE ACUMULADO PROXIMO PERIODO	4,31%

ACTA DE SOCIALIZACION

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E Puerto Carreño - Vichada	**HOSPITAL DEPARTAMETAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA** **REGISTRO DE ASISTENCIA**	Versión: 1 Código: GTH-FT-37 Fecha: 28/09/2018

INFORMACION GENERAL	
CONTRATO:	HDSJDD-CP-2374-2023
TIPO DE CONTRATO:	INTERVENTORÍA DE OBRA
OBJETO:	"REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. SEDE CUMARIBO"
CONTRATANTE:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO CARREÑO, ESE
NIT:	842.000.004-4
CONTRATISTA:	CONSORCIO HDC
CÉDULA DE CIUDADANIA O NIT:	901783555-1
REPRESENTANTE LEGAL:	JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS
PLAZO:	QUINCE (15) MESES
LUGAR DE EJECUCIÒN DEL CONTRATO:	MUNICIPIO DE CUMARIBO – DEPARTAMENTO DEL VICHADA
INICIO DEL CONTRATO:	16 DE ENERO DE 2024
VENCIMIENTO DEL CONTRATO:	15 DE ABRIL DE 2025
CONTRATO DE INTERVENTORIA	HDSJDD-CP-2375-2023
OBJETO:	"INTERVENTORÍA TECNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL Y JURÍDICA AL CONTRATO DE OBRA PUBLICA DE REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CUMARIBO"
CONTRATISTA:	CONSORCIO SAN RAFAEL
CÉDULA DE CIUDADANIA O NIT:	901783691-7
REPRESENTANTE LEGAL:	JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
SUPERVISOR:	YONIK BERNARDO LESMES SAAVEDRA
CARGO:	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

En la Casa de la Cultura del municipio de Cumaribo - Vichada, el día 19 de Abril de 2024 siendo las 3:00 pm, se reunieron el Señor Alvaro Alberto Cardoso Castro, en calidad de gerente del Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño, el Señor Yonik Bernardo Lesmes Saavedra, subgerente administrativo del Hospital Departamental San Juan de Dios en calidad de Supervisor del Contrato de Obra e Interventoría, representantes del CONSORCIO HDC Contratista de Obra, representantes del CONSORCIO SAN RAFAEL Contratista de Interventoría, autoridades municipales en cabeza del señor Alcalde Municipal Armel Caracas, representantes del Concejo Municipal, líderes de organizaciones sociales y comunidad en general del municipio de Cumaribo, con el fin de socializar las obras a ejecutar en el contrato de obra HDSJDD-CP-2374-2023.






Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta por los que intervinieron en ella:

215

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E	**HOSPITAL DEPARTAMETAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA** **REGISTRO DE ASISTENCIA**	Código: GC-FR-01 Versión: 3 Fecha: 19/11/2018

BGHFECHA: **LUGAR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

SEDE: **CUMARIBO VICHADA**

MACROPROCESO:

PROCESO

TEMA:

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION U OFICIO	CORREO ELECTRONICO	ENTIDAD O DEPENDENCIA	N° TELEFONO	FIRMA
	Fabiola Salgado	30278564	Gestora Social C.	fabiola2079@hotmail.com	Alcaldia	3124948533	Fabiola Salgado
	Branchi Cuevo Arroa	1122500932	Enlace Juntos	branchi77@hotmail.com	Ces. Fronteras	3227716512	Branchi C
	Juan de Jesus	7010492				3117274404	Juan
	claudia Mireya Gonzalez	1124948879				3502595411	Claudia
	Wilson Alberto Cristancho	15.950.885				3244976177	Wilson
	Jorge L. M.	79785934	Discapac		Discapac	3213382911	
	Jerardo Abrala Perez	1124937122	Coord Salud 1	coordsaludcatrsema gmail.com	ALATISERVA	3209614525	
	Mona Rebiela Alfonso.	1121893771	Enfermera.	Cumanbocral@hotmail epl.com.	Caldas EPS-I	3132568	

SAN JUAN DE DIOS E.S.E	**HOSPITAL DEPARTAMETAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA** **REGISTRO DE ASISTENCIA**	Código: GC-FR-01 Versión: 3 Fecha: 19/11/2018

BGHFECHA: **LUGAR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

SEDE: **CUMARIBO VICHADA**

MACROPROCESO:

PROCESO

TEMA:

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION U OFICIO	CORREO ELECTRONICO	ENTIDAD O DEPENDENCIA	N° TELEFONO	FIRMA
	Jose fernando Errenurmen	1.124.998.316	Abogado. Con			3218610224	Jose fernando
	Angela Estrella Rodriguez	30.337.549	Independiente	estrellitadeloriente 95@gmail.com	Veeduria	3125873232	
	Javier Perez Uelandia	18.255.095	Independiente		Veeduría	3223756132	
	Eraclio Pulala	17320090				3134129713	
	Dimas Jesus R	3223671161	Orientador Contratación			7[illegible]5376	
	Aldia S Labarre M	1121828594	Sec. Desarrollo Social y Asuntos Etnicos. Depart.	asuntosindigenas@vichada.gov.co	Gobernación	7085050 126	
	Ana Cervantes P	1071[illegible]965	Sec Desarrollo Social	cesarobasocial Cumaribo Vichada	Alc	3108550[illegible]	
	Armel caracas	6100657	Alcalde	armel.caracas2016@gmail.com	Alcaldía	3137167[illegible]	

SAN JUAN DE DIOS E.S.E	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA** **REGISTRO DE ASISTENCIA**	Código: GC-FR-01 Versión: 3 Fecha: 19/11/2018

BGHFECHA: **LUGAR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

SEDE: CUMARIBO VICHADA

MACROPROCESO:

PROCESO:

TEMA:

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION U OFICIO	CORREO ELECTRONICO	ENTIDAD O DEPENDENCIA	N° TELEFONO	FIRMA
	Guillermo Rios G.	17316132					
	Pompilio Pazz.	1136275872					pompilio
	Rubel Inocencio Garcia	8192458	Concejal	rubelino1976@gmail.com	concejo M/pal.	3046759965	
	ABIGAIL JAIMES	40436803	CONCEJAL	abbysuve2018@gmail.com	CONCEJO MPAL	3209709449	
	Angel manosalva	18925442	vereador	manosalvaage648@Sel.ca	— — —	312356927	
	Alan Mora Morillo	1042696041	Abogado	uchada Gdefensoria gov.co	Defensoria del Pueblo	3114519836	
	Rangel Martinez	17388091	Contratista	contratista@	M M V	3212606879	
	Yolanda Bastos	52992792	Gestora social	gestorasocial@vichada.gov.co	Gobernacion Vichada	3212655568	

218

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E	**HOSPITAL DEPARTAMETAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA** **REGISTRO DE ASISTENCIA**	Código: GC-FR-01 Versión: 3 Fecha: 19/11/2018

BGHFECHA: **LUGAR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

SEDE: CUMARIBO VICHADA

MACROPROCESO:

PROCESO

TEMA:

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION U OFICIO	CORREO ELECTRONICO	ENTIDAD O DEPENDENCIA	N° TELEFONO	FIRMA
	Jefferson Velasquez	86073302	ARO instrumentador	Jefferson.velasquez82@h	Consorcio San Rafael	3142875067	
	Andres Serna	86060177	Ing. Industrial	consorciohdc@gmail.com	Consorcio HDC	3123842477	
	Juan Sebastián Serna A	86072345	R. Legal Director de obra	consorciohdc123@gmail.com	Consorcio HDC	3134206607	
	Reynel Alberto Londoño	17482741	Ing. Civil Apoyo supervisión	reynoldonald@gmail.com	ESE DPTAL SJDD.	3203404020	
	Maribel Anzola R	40445062		maribelanzolariscanevo@hotmail.com	Casa de la cultura	3132106575	
	Efren Cacua Benitez	91463459	Tecnico Administrativo	efrencacuabenitez@gmail.com	H.S.J.D Sede Cumaribo	3142960635	

BITACORA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	INTERVENTORIA:	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			FECHA		
SOLEADO	NUBLADO	LLUVIA	22	4	2024
X					

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	CANTIDAD	MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO	TIEMPO - HORAS	CANTIDAD
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se inicia ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se da inicio al desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, desmonte de luminarias, desmonte cubierta con correas.

Se inicia demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se da inicio a la construccion del cerramiento en teja de zinc.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	**INTERVENTORIA:**	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	**CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:**	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			**FECHA**		
SOLEADO	**NUBLADO**	**LLUVIA**	**23**	**4**	**2024**
X	**X**				

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	**CANTIDAD**	**MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO**	**TIEMPO - HORAS**	**CANTIDAD**
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se continua con la ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se continua el desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, desmonte de luminarias y desmonte cubierta con correas.

Se continua demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se continua la construccion del cerramiento en teja de zinc.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	INTERVENTORIA:	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			FECHA		
SOLEADO	NUBLADO	LLUVIA	24	4	2024
	X	X			

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	CANTIDAD	MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO	TIEMPO - HORAS	CANTIDAD
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se continua con la ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se continua el desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, desmonte de luminarias y desmonte cubierta con correas.

Se continua demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se continua la construccion del cerramiento en teja de zinc.

Se retrazan las actividades medio dia por cuestiones de lluvia.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	INTERVENTORIA:	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			FECHA		
SOLEADO	NUBLADO	LLUVIA	25	4	2024
	X	X			

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	CANTIDAD	MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO	TIEMPO - HORAS	CANTIDAD
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se continua con la ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se continua el desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, desmonte de luminarias y desmonte cubierta con correas.

Se continua demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se continua la construccion del cerramiento en teja de zinc.

Se retrazan las actividades medio dia por cuestiones de lluvia.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	INTERVENTORIA:	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			FECHA		
SOLEADO	NUBLADO	LLUVIA	26	4	2024
	X	X			

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	CANTIDAD	MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO	TIEMPO - HORAS	CANTIDAD
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se continua con la ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se continua el desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, desmonte de luminarias y desmonte cubierta con correas.

Se continua demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se continua la construccion del cerramiento en teja de zinc.

Se inicia la actividad de amarrado de hierro para zapatas y vigas de cimentacion.

Se retrazan las actividades medio dia por cuestiones de lluvia.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	INTERVENTORIA:	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			FECHA		
SOLEADO	NUBLADO	LLUVIA	27	4	2024
X					

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	CANTIDAD	MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO	TIEMPO - HORAS	CANTIDAD
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se continua con la ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se continua el desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, desmonte de luminarias y desmonte cubierta con correas.

Se continua demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se continua la construccion del cerramiento en teja de zinc.

Se continua la actividad de amarrado de hierro para zapatas y vigas de cimentacion.

Se inicia la actividad de malla electrosoldada, con el trasiego de material de la bodega al sitio de ejecucion.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	INTERVENTORIA:	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			FECHA		
SOLEADO	NUBLADO	LLUVIA	29	4	2024
	X	X			

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	CANTIDAD	MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO	TIEMPO - HORAS	CANTIDAD
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se continua con la ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se continua el desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, desmonte de luminarias y desmonte cubierta con correas.

Se continua demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se continua la construccion del cerramiento en teja de zinc.

Se continua la actividad de amarrado de hierro para zapatas y vigas de cimentacion.

Se continua la actividad de malla electrosoldada, con el trasiego de material de la bodega al sitio de ejecucion.

Se retrazan las actividades 3 horas, por cuestiones de lluvia.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

BITACORA DE OBRA

CONTRATISTA DE OBRA:	CONSORCIO HDC	INTERVENTORIA:	CONSORICIO SAN RAFAEL
CONTRATO DE OBRA:	HDSJDD-CP-2374-2023	CONTRATODE INTERVENTORIA DE OBRA:	HDSJDD-CP-2375-2023

OBJETO

REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. SEDE CUMARIBO

SITIO DE EJECUCION DE TRABAJOS:

INFORMACION METOREOLOGICA			FECHA		
SOLEADO	NUBLADO	LLUVIA	30	4	2024
	X				

PERSONAL Y EQUIPO

CARGO	CANTIDAD	MAQUINARIA O EQUIPO UTILIZADO	TIEMPO - HORAS	CANTIDAD
AYDANTE DE OBRA	16			

DESCRIPCION GENERAL DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA OBRA

Se continua con la ejecucion de actividades contractuales en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E. Sede Cumaribo.

Se termina la actividad de desmonte de marcos y puertas, desmonte de ventanas con marco, desmonte de aparatos sanitarios, desmonte de cielo raso y estructura, y desmonte de luminarias.

Se continua demolicion a mano de tableta de piso, demolicion mecanica de muros.

Se continua la construccion del cerramiento en teja de zinc.

Se continua la actividad de amarrado de hierro para zapatas y vigas de cimentacion.

Se continua el desmonte de cubierta con correas.

Se continua la actividad de malla electrosoldada, con el trasiego de material de la bodega al sitio de ejecucion.

OBSERVACIONES

Las actividades ejecutadas por el contratista han sido revisadas y supervisadas por parte de la interventoria.

WILSON ANDRES LEAL DIAZ
C.C. 86,062,674
M.P. A25112004-86062674
RESIDENTE DE OBRA

JAVIER FRANCISCO SABOGAL CAMPOS
C.C. 86,070,121
T.P. 25202122817CND
RESIDENTE DE INTERVENTORIA

CORRESPONDENCIA ENVIADA

Consorcio HDC

Consorcio HDC

007-24

Puerto Carreño, 2 de abril de 2024

Señores
CONSORCIO SAN RAFAEL
Atn.: Javier Francisco Sabogal
Interventor
Ciudad

REFERENCIA: Entrega informe de obra N°3 - Contrato HDSJDD-CP-2374-2023

Objeto:
REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS – SEDE CUMARIBO.

Cordial Saludo

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de hacer entrega del informe de obra N°3 para su respectiva aprobación con el fin de dar cumpliendo con la cláusula segunda, obligación octava del contrato.

Cordialmente,

JUAN SEBASTIAN SERNA ARIAS
CC.: 86.072.395 de Villavicencio
Representante Legal
CONSORCIO HDC

Recibí: 02/04/2024

consorciohdc23@gmail.com
Calle 23 No. 6 – 35 – Cel.: 313 420 66 05
Puerto Carreño - Vichada