Bogotá D.C. 11 de octubre de 2024

Asunto: CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA PAGO ACTIVOS FIJOS

Por medio de la presente se deja constancia de la entrega del Informe de Supervisión de la empresa **CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC.**, correspondiente al contrato **299-2024** que tiene como objeto ***"CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C.."***

Relación de documentos entregados:

- Informe de Supervisión con soportes
- Factura FE1
- Acta parcial No.1
- Planillas de pago de Parafiscales
- Certificación bancaria

Intervienen:

TF **SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO**
Supervisor del contrato 299-2024

Personal que recibe documentación:

NOMBRE: Dina M. Peña

FECHA / HORA: 15-10-2024

Activos Fijos

Elaboró:
Olga Coronado
AASD Equipo Industrial
Unidad de Apoyo Logistico

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	11/10/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	OCTUBRE 2024

No. de Contrato:	299-2024	**VALOR**	$ 280.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-055-2024-HOMIL		
Objeto	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C..		
Nombre de Contratista	CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC	**NIT/ CC**	901864711
Clase de Contrato	Obra	**Modalidad de Contratación**	Selección abreviada menor cuantía

Cuenta Bancaria No.	512864174	**Banco:**	DE OCCIDENTE	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica): 21-44-101449956	**Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 03/09/2024

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA 2024	205724	28/06/2024			320224	30/08/2024	FE1	4/10/2024		ACTIVOS FIJOS	$ 278.096.390
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA 2024	$ 280.000.000	$ 0	$ 0	$ 278.096.390	$ 1.903.610
TOTAL CONTRATO	**$ 280.000.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 278.096.390**	**$ 1.903.610**

Nombre del Supervisor: TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO	**Fecha de notificación:** 09/09/2024	
Plazo de ejecución:	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	5/09/2024	**6/12/2024**
Vigencia del Contrato:	3 MESES	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales **DE ACUERDO CON PLANILLAS ANEXAS.**

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social; **DE ACUERDO CON CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DE FECHA 04/10/2024;** así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	**EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO**	**MARCA**	**NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO**	**PLACA DEL EQUIPO**	**NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)**	**ESTADO (Instalado/ existencias almacén)**	**CANTIDAD**	**NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN**	**FECHA DE INSTALACIÓN**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**	**OBSERVACIONES**

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES
				548				

OBSERVACIONES:

Del 05 de septiembre al 04 de octubre de 2024 se realizaron las siguientes actividades en el Area de Calderas:

* Montaje de andamio certificado multidireccional
* Corte y ranurado de tuberia en Acero inoxidable SCH 40 e 6", 4" y 2"
* Desmonte de tuberia existente incluye izaje y trasiego a punto de acopio autorizado
* Montaje e instalacion de tuberia en acero inoxidable SCH 40 de 6", 4" y 2"
* Desmonte de valvulas, cheques universales y accesorios
* Montaje de cheques, universales, tuberia en cobre y accesorios.

El contratista realizo todas las actividades de acuerdo a las especificaciones tecnicas solicitadas por el Hospital Militar Central y las cuales estan soportadas en el Acta Parcial No.1.

Se adjunta el Acta parcial No.1 y el informe del contratista.

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO **FIRMA**

NÚMERO DE CEDULA: 1.015.446.520

CELULAR : 314 380 0318 **CORREO:** sarojas@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	25
Acta de supervisión y Factura	X	2
Planilla y Certificacion de pago de seguridad social	X	31
Certificación bancaria	X	1

CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC

NIT: 901864711
Oficina Principal | TEL:3222095765
CR 77 # 68 B - 40 BOGOTÁ D.C.
Email: consorciomantenimientosibc@gmail.com

Razon Social: **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
NIT - CC: **830040256**
Direccion: TV3 C 49 02
Ciudad: BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ D.C.
Telefono: 6013486868 -

REPRESENTACIÓN GRÁFICA
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA #FE1
Fecha Generación: 04/10/2024 10:10
Fecha Vencimiento: 02/01/2025
Forma de Pago: **CREDITO**

#000002 - **ACTA 1 COSTOS DIRECTOS CONTRATO 299-2024**

Subtotal	Iva U.	Total U	Cant.	Total
$220,799,039.76	$0.00	$220,799,039.76	1	**$220,799,039.76**

#000003 - **ADMINISTRACION 19%**

Subtotal	Iva U.	Total U	Cant.	Total
$41,951,817.55	$0.00	$41,951,817.55	1	**$41,951,817.55**

#000004 - **IMPREVISTOS 1%**

Subtotal	Iva U.	Total U	Cant.	Total
$2,207,990.40	$0.00	$2,207,990.40	1	**$2,207,990.40**

#000005 - **UTILIDAD 5%**

Subtotal	Iva U.	Total U	Cant.	Total
$11,039,951.99	$2,097,590.88	$13,137,542.87	1	**$13,137,542.87**

TOTAL PRODUCTOS	$275,998,799.70
BASE GRAVABLE	$11,039,951.99
SUBTOTAL	$275,998,799.70
IVA	$2,097,590.88
TOTAL	**$278,096,390.58**

Notas

- INTEGRANTES CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC : CONSTRUCCIONES INGENIARQ SAS 30%, CONSTRUCCIONES BOZAR SAS 30%, CENTRO DE SOLUCIONES LYE SAS 40% ,Realizar la transferencia a la cuenta corriente Banco de Occidente No 512864174 #$15-19-00;Contrato299/2024;jchavez@homil.gov.co#$

No somos grandes contribuyentes - Actividad comercial 0000. - Facturación electrónica de acuerdo con la resolución DIAN 18764078975867 valida desde 2024-09-06 hasta 2026-09-06 rangos del 1 al 200 prefijo FE - Responsable del impuesto sobre las ventas. Esta factura de venta se asimila en sus afectos a una letra de cambio según artículo 774 del código de comercio y causa interés de mora a la máxima tasa permitida por la ley.

CUFE: fb576327d7ec7f5ab31217df9a22cd0826451bb29698f85b3b538788ab9f9f60d08d25413b1f232205e2a0d831355c25
Fecha Expedición: 2024-10-04 10:03:34
Facturado en el Software oficinaPro de Proveedor Tecnologico Grupo FLA - NIT 900711544

SEAC
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
09 OCT 2024
Angelica Martinez
12:13 pm

HOSPITAL MILITAR CENTRAL BOGOTA

ACTA PARCIAL No.1

CONTRATO No. 299 DE 2024

PERIODO DEL ACTA CORRESPONDIENTE A: DEL 05 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 4 DE OCTUBRE DE 2024

CONTRATISTA : CONSORCIO MANTENIMEINTOS IBC

OBJETO: CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C

DIRECCION : CR 77 # 68 B - 40

C.C. ó NIT : 901864711-4

TELEFONO : 322 2095765

SUPERVISION HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DIRECCION : Transversal 3C No 49 - 02

C.C. ó NIT : 830040256-0

TELEFONO : 601 3486868

ESTABLECIMIENTOS : HOMIL

LOCALIZACION : LOCALIDAD 02

VR. INICIAL : $ 280.000.000,00

ANTICIPO

VR. ADICIONAL :

VR. FINAL : $ 280.000.000,00

PLAZO INICIAL : 3 MESES

FECHA INICIACION : 5 DE SEPTIEMBRE DE 2024

FECHA TERMINAC.INICIAL : 6 DE DICIEMBRE DE 2024

PLAZO ADICIONAL(MODF.CONTRACT :

TIEMPO SUSPENDIDO :

PLAZO TOTAL : 3 MESES

FECHA FINAL : 6 DE DICIEMBRE DE 2024

INFORMACION DISPONIBILIDADES Y REGISTROS PRESUPUESTALES

DISP.	FECHA	REG.	FECHA	VALOR REGISTRO	SALDO REGISTRO	VR. REG.AFECTAR	NUEVO SALDO REG.
				$ 280.000.000,00	$ 280.000.000,00	$ 278.096.390,58	$ 1.903.609,42
				$ 280.000.000,00	$ 280.000.000,00	$ 278.096.390,58	$ 1.903.609,42

VALOR TOTAL A PAGAR **$ 278.096.390,58** **Doscientos setenta y ocho millones noventa y seis mil trescientos con noventa pesos y cincuenta y ocho centavos m/cte.**

BALANCE GENERAL ACTUALIZADO

CONDICIONES ORIGINALES					OBRA EJECUTADA						
					PRESENTE ACTA		ACUMULADO ANTERIOR		ACUMULADO ACTUAL		
ITEM	DESCRIPCIÓN	UN	PRECIO UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VR. EJECUTADO	% EJEC.
I	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C	GL	$ 280.000.000,00	$ 280.000.000,00							
	CALDERAS										
17	SUMINISTRO E INSTALACION BRIDA CUELLO RANURADA Ø=6" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 360.765,06		2,00	$ 721.530,12			2,00	$ 721.530,12	
21	SUMINISTRO E INSTALACION TEE RANURADA Ø=6" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 89.529,88		1,00	$ 89.529,88			1,00	$ 89.529,88	
24	SUMINISTRO E INSTALACION CODO RANURADA Ø=6" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 241.632,09		21,00	$ 5.074.273,89			21,00	$ 5.074.273,89	
29	SUMINISTRO E INSTALACION CODO 2" HG A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 44.070,27		3,00	$ 132.210,81			3,00	$ 132.210,81	
46	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA ACERO GALVANIZADO AGUA 2" NIC 505 - 001 (RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	mt	$ 182.724,54		1,50	$ 274.086,81			1,50	$ 274.086,81	
141	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO RED WHITE 2" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 1.781.535,11		7,00	$ 12.470.745,77			7,00	$ 12.470.745,77	
143	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO RED WHITE 3" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 4.317.631,26		4,00	$ 17.270.525,04			4,00	$ 17.270.525,04	
144	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO RED WHITE 4" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 10.120.921,45		4,00	$ 40.483.685,80			4,00	$ 40.483.685,80	
156	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE ROSCADO RED WHITE 2" (INCLUYE UNIVERSAL) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 1.614.654,37		7,00	$ 11.302.580,59			7,00	$ 11.302.580,59	
158	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE ROSCADO RED WHITE 3" (INCLUYE UNIVERSAL) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$ 5.095.289,27		3,00	$ 15.285.867,81			3,00	$ 15.285.867,81	

159	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE ROSCADO RED WHITE 4" (INCLUYE UNIVERSAL) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$	9.319.428,23		3,00	$	27.958.284,69			3,00	$	27.958.284,69	
168	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERÍA COBRE TIPO M DE 2" AGUA FRIA - RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$	4.909.681,28		2,50	$	12.274.203,20			2,50	$	12.274.203,20	
170	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERÍA COBRE TIPO M DE 3" AGUA FRIA - RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$	7.032.252,59		2,50	$	17.580.631,48			2,50	$	17.580.631,48	
180	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERÍA EN ACERO INOXIDABLE PARA AGUA POTABLE AISI 304 CALIBRE 10 DE 4" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und	$	491.961,11		11,80	$	5.805.377,10			11,80	$	5.805.377,10	
191	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA ACERO GALVANIZADO AGUA 6" NIC 505 - 001 (RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	mt	$	1.289.969,15		41,92	$	54.075.506,77			41,92	$	54.075.506,77	
	COSTO DIRECTO CONTRATO				**$ 280.000.000,00**			**$ 220.799.039,76**					**$ 220.799.039,76**	**78,86%**

RESUMEN EJECUTIVO

COSTO DIRECTO					**280.000.000,00**			**$ 220.799.039,76**					**$ 220.799.039,76**	
ADMINISTRACION 19%			)					**$ 41.951.817,55**					**$ 41.951.817,55**	
IMPREVISTOS 1%								**$ 2.207.990,40**					**$ 2.207.990,40**	
UTILIDAD 5%								**$ 11.039.951,99**					**$ 11.039.951,99**	
IVA SOBRE LA UTILIDAD 19%								**$ 2.097.590,88**					**$ 2.097.590,88**	
VALOR A PAGAR AJUSTADO AL PESO								**$ 278.096.390,68**					**$ 278.096.390,68**	**99,32%**
SALDO DEL CONTRATO	**$ 1.903.609,32**		**SALDO POR AMORTIZAR**			**PRESENTE ACTA**			**ACUMULADO ANTERIOR**			**ACUMULADO ACTUAL**		

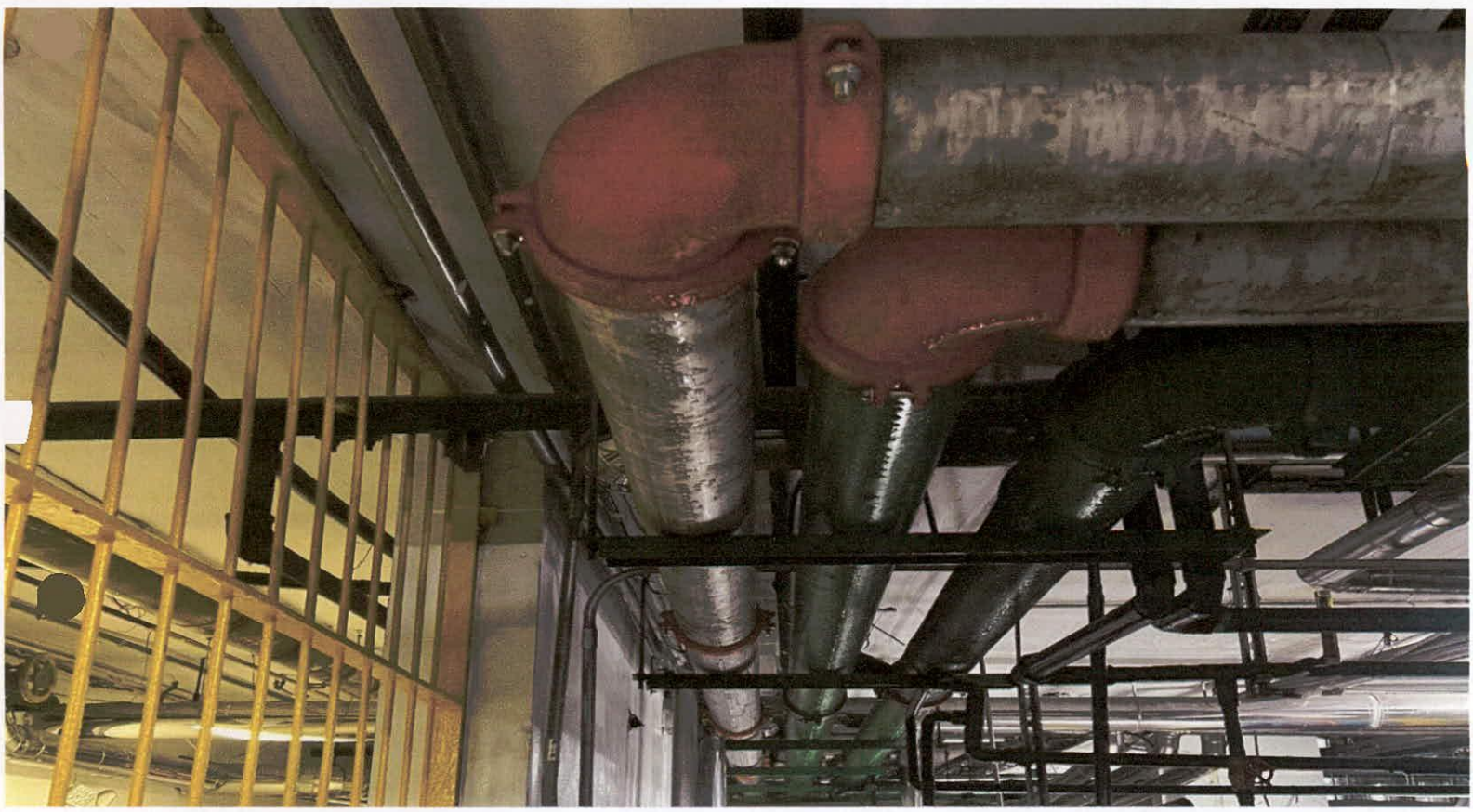
NOMBRE DE CONTRATISTA: CONSORCIO MANTENIMEINTOS IBC
C.C. O NIT: 901864711-4
REP. LEGAL: JUAN DAVID PEÑA
C.C. : 1.016.041.834

NOMBRE DE INTERVENTORIA : HOSPITAL MILITAR CENTRAL
C.C. O NIT : 830040256-0
REP. LEGAL : ING. DANIEL ROMAN TORRES
C.C. :

INFORME DE OBRA N º 1

DEL 05 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 4 DE OCTUBRE DE 2024

CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C



CONTRATO No. 299-2024
CONTRATISTA: CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC
2024

APROBACIÓN DE DOCUMENTO			
APROBACIÓN	RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN	NOMBRE	ING. JULIO CESAR RODRIGUEZ
		FIRMA	
		FECHA	4 DE OCTUBRE DE 2024
	CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC		
APROBACIÓN DEL DOCUMENTO POR PARTE DE LA SUPERVISIÓN			
APROBACIÓN	RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	NOMBRE	ING. DANIEL ROMAN TORRES
		FIRMA	
		FECHA	4 DE OCTUBRE DE 2024
	HOSPITAL MILITAR CENTRAL		

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	CAPITULO MODIFICADO	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
0	PRIMERA EDICIÓN	4 DE OCTUBRE DE 2024	NO APLICA

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 4
2. DATOS GENERALES DEL PROYECTO 7
3. CONTROL TÉCNICO DE OBRA 8
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 9
5. ESTADO INICIAL 10
5.1 TUBERÍAS SUMINISTRO DE AGUA 10
5.1.1 REGISTRO FOTOGRÁFICO 10
5.2 ACCESORIOS (VÁLVULAS, REGISTROS, CHEQUES, UNIVERSALES ENTRE OTROS) 12
5.2.1 REGISTRO FOTOGRÁFICO 13
6. BALANCE DE OBRA 14
7. EJECUCIÓN Y AVANCE DE LAS ACTIVIDADES 16
7.1 ÁREA CALDERAS 16
7.1.2 REGISTRO FOTOGRÁFICO 16
8. AVANCE FINANCIERO 21
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 22

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Militar Central, es una institución prestadora de servicios de salud, perteneciente al sector defensa, que inició sus labores en el año 1911 y que desde el año 1962 está funcionando con la infraestructura actual, prestando servicios de niveles III y IV para los miembros de las fuerzas militares y sus familias.

Desde el área de Mantenimiento, Talleres y Gestión ambiental, se contempla en cada vigencia en el Plan Anual de Adquisiciones - PAA y cumpliendo las actividades de control ambiental estipuladas en el Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA, El Análisis Físico Químico y Microbiológico del Agua en puntos específicos de la institución, principalmente en donde el recurso hídrico es usado para la atención a los pacientes, dicho análisis se realiza con una periodicidad semestral.

Para el primer semestre de 2023 los resultados obtenidos del Análisis Físico Químico y Microbiológico del Agua Potable que se utiliza actualmente en el Hospital Militar Central No son favorables, dado que siguiendo los lineamientos de la resolución 2115 de 2007 y el decreto 1575 de 2007 y teniendo en cuenta los puntos para el primer semestre, no se da cumplimiento a la totalidad de los parámetros establecidos por la norma, como es el caso del Cloro Residual y los Coliformes Totales.

Para el segundo semestre de 2023, la muestra resultante del Análisis Físico Químico y Microbiológico del Agua Potable tampoco es favorable, dado que no da cumplimiento al parámetro de Coliformes Totales. Adicional a esto el índice de Riesgo de la Calidad de Agua es del 18% correspondiente a nivel de riesgo Medio, lo cual conlleva a que el agua que se utiliza actualmente no sea apta para el consumo humano. Cabe resaltar que para vigencias anteriores al 2023, los parámetros que no cumplen históricamente son el cloro residual y el hierro total.

Como se ha mencionado, el sistema de abastecimiento principal de agua potable del Hospital Militar ha venido presentando deterioro y envejecimiento, que han llevado a continuas fallas en el servicio, aspectos que incrementan el nivel de riesgo por desabastecimiento y de riesgo por suministro de agua no apta para el consumo humano y para la atención de servicios y procedimientos médicos.

Adicionalmente, el Hospital Militar al ser una institución prestadora de servicios de salud de orden vital, en la cual el agua es un bien fundamental para la prestación idónea del servicio, y para garantizar las condiciones de salubridad y calidad de vida de la población servida, se hace prioritario mantener red hidráulica sin fallas, funcional y evitar fugas, que generan consumos mayores y desabastecimiento, y que dentro de los objetivos de sostenibilidad ambiental y eficiencia garantice la disminución de las pérdidas de agua.

El proceso surge de la necesidad de realizar el mantenimiento, cambio de accesorios y acoples, cambio de tuberías, mejoramiento del bypass y puesta en funcionamiento de la red hidráulica, desde el cuarto de calderas hasta los diferentes pisos del edificio principal del Hospital Militar Central, teniendo en cuenta los resultados desfavorables de los análisis y estudios realizados al agua de consumo, lo cual se atribuye a diferentes circunstancias dentro de las cuales se puede resaltar:

- La red hidráulica principal existente, la cual conduce el agua potable del Hospital Militar Central, está construida en tubería HF (Hierro Fundido), dicho material era utilizado en edificaciones de este tipo bajo normas de construcción de más de 60 años de antigüedad.

- La red hidráulica principal existente del Hospital Militar Central tiene alrededor de 61 años de uso, por lo que presenta un notorio desgaste lo cual ha causado oxidación y corrosión dentro de la tuberia y el desprendimiento de sedimentos y partículas de óxido que taponan las redes y alteran las condiciones químicas del líquido vital.

- Esta misma corrosión y oxidación ha provocado que se produzcan fallas en la tubería, acoples y accesorios, dichos daños se han evidenciado al realizar actividades de mantenimiento locativo, aspecto que favorece la pérdida de agua e incrementa los costos mensuales del servicio público de acueducto.

- El trayecto actual que debe realizar el agua potable por la red es demasiado extenso, dado que implica la impulsión desde el tanque bajo hasta los tanques de almacenamiento externos ubicados en parte alta (aproximadamente ubicados a una diferencia aproximada de 80 metros de altura) y su regreso por gravedad hacia el Edificio Principal, lo cual incrementa la exposición del líquido al óxido y la corrosión, e incrementa los costos operativos, ya que el agua debe ser bombeada a grandes distancias y con alturas considerables, genera presiones que por su tiempo la tuberia, accesorios y acoples han tenido fallas considerables.

- El reglamento técnico del sector de agua potable y saneamiento básico RAS - 2000 y la resolución 0799 de 2021, establecen el uso de material PVC para la construcción de redes hidráulicas de conducción de agua potable fría de alta presión en exterior.

- El Código Colombiano de Fontanería - NTC 1500, establece el uso de material PVC para la construcción de redes hidráulicas de agua potable fría y el uso de material CPVC para la construcción de redes hidráulicas de agua potable caliente al interior de la infraestructura pública y privada y descarta el uso de tubería en HF (Hierro Fundido).

- El sistema de abastecimiento debe garantizar el mantenimiento conservación de la calidad del agua en condiciones de potabilidad de acuerdo con las respectivas normas.

- Una institución prestadora de salud debe garantizar la disminución del riesgo por desabastecimiento de agua, resiliente y redundante de abastecimiento de agua, ante situaciones imprevistas como daños y fallas de infraestructura.

El proyecto objeto del presente contrato, abarca "CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL AREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C.", teniendo en cuenta que deberá garantizarse la correcto funcionamiento del sistema, para lo cual se deberá realizar el correspondiente reemplazo y/o cambio de accesorios,

acoples y/o tuberías y/o válvulas de la red de abastecimiento y distribución existente, EN DONDE SE REQUIERA. Así mismo se debe mejorar el BYPASS mediante el cual se realice el abastecimiento entre sistema actual, según las necesidades operativas y de mantenimiento, dicho BYPASS en caso de cambio debe ser moderno, suficiente y deberá ubicarse en el cuarto de calderas. Se debe garantizar la presión en las válvulas principales de distribución de cada piso del edificio.

La presente intervención se hace necesaria por la antigüedad de la infraestructura física y de las tuberías que actualmente conducen el agua potable generando una mala calidad del líquido vital que es suministrado a los usuarios del hospital para de esta manera dar cumplimiento de los requisitos de la caracterización físico química del agua establecidos en la normatividad vigente y adicionalmente para disminuir el riesgo por desabastecimiento de agua

Fuente: Hospital Militar Estudio Previo Cto 299 – 2024

2. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

DATOS GENERALES DEL CONTRATO DE OBRA	
N°. del contrato:	299-2024
Objeto:	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C
Contratista:	Consorcio Mantenimientos IBC
Fecha de suscripción:	05 De Septiembre De 2024
Valor inicial del Proyecto:	$ 280.000.000
Fecha de suscripción Acta de Inicio:	05 De Septiembre De 2024
Plazo inicial pactado:	3 meses
Fecha de terminación:	06 Diciembre De 2024
DATOS DEL CONTRATISTA	
Representante Legal	Juan David Peña

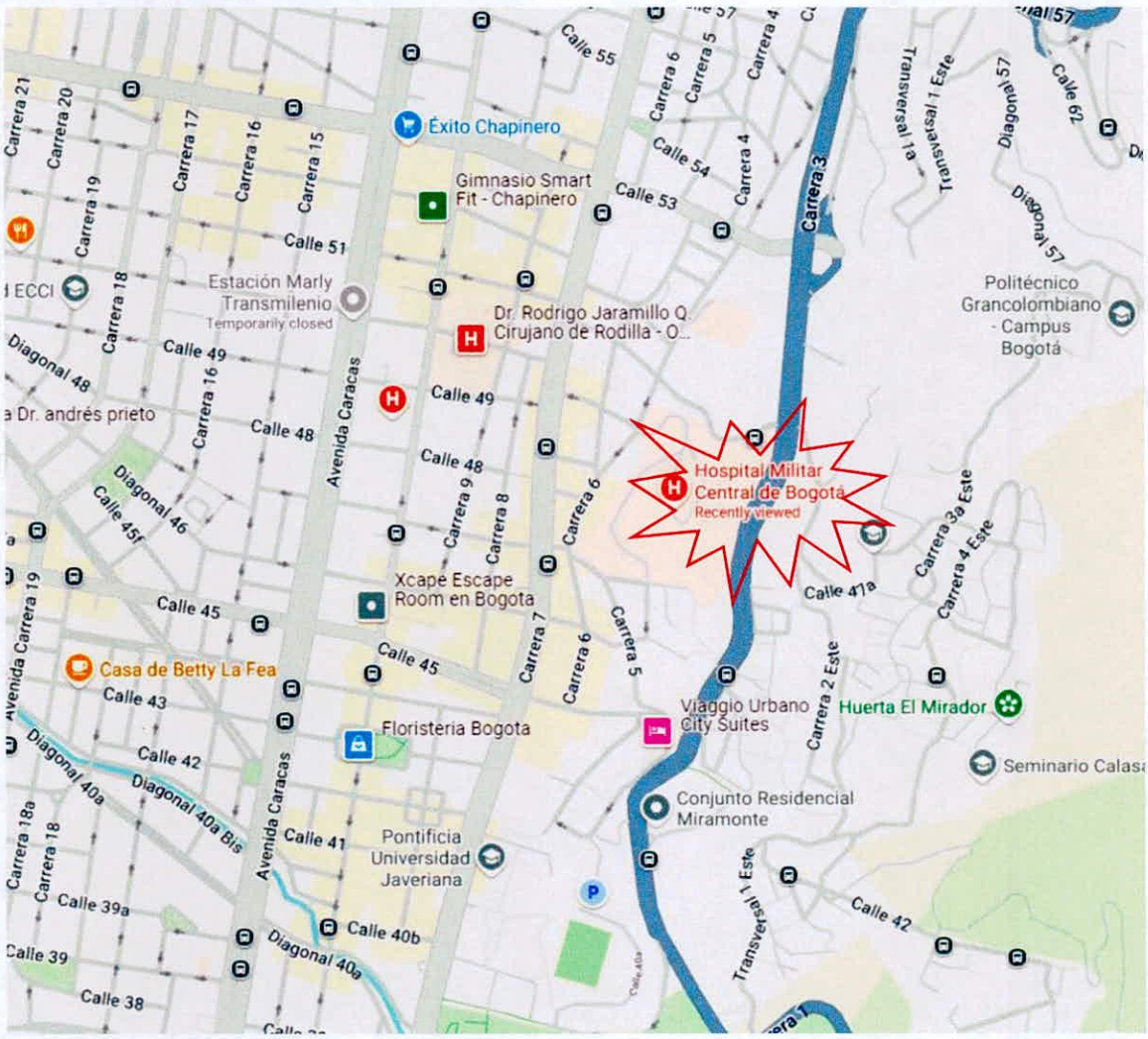
3. CONTROL TÉCNICO DE OBRA

El control técnico de obra se erige como el pilar fundamental para asegurar la congruencia entre el diseño, la planificación y la ejecución efectiva de cada fase del proyecto. Para la supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades en los diferentes frentes, llevadas a cabo durante el período del del 05 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 4 DE OCTUBRE DE 2024. Para lo cual se cuenta con los siguientes profesionales contractuales:

CARGO	NOMBRE
DIRECTOR DE OBRA	Ing. Julio Cesar Rodriguez Ripe Dedicación: 10%
RESIDENTE DE OBRA	Ing. Juan Carlos Montes Álvarez Dedicación: 100%
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	Prof. Luis Felipe Patiño Fonseca Dedicación: 30%

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

Las actividades se llevarán acabó dentro de las instalaciones del Hospital Militar Central ubicado en la Tv. 3C #49-02, Chapinero, Bogotá, Cundinamarca.



5. ESTADO INICIAL

Una vez realizada la visita técnica en conjunto con la supervisión se encuentran los siguientes hallazgos:

5.1 TUBERÍAS SUMINISTRO DE AGUA

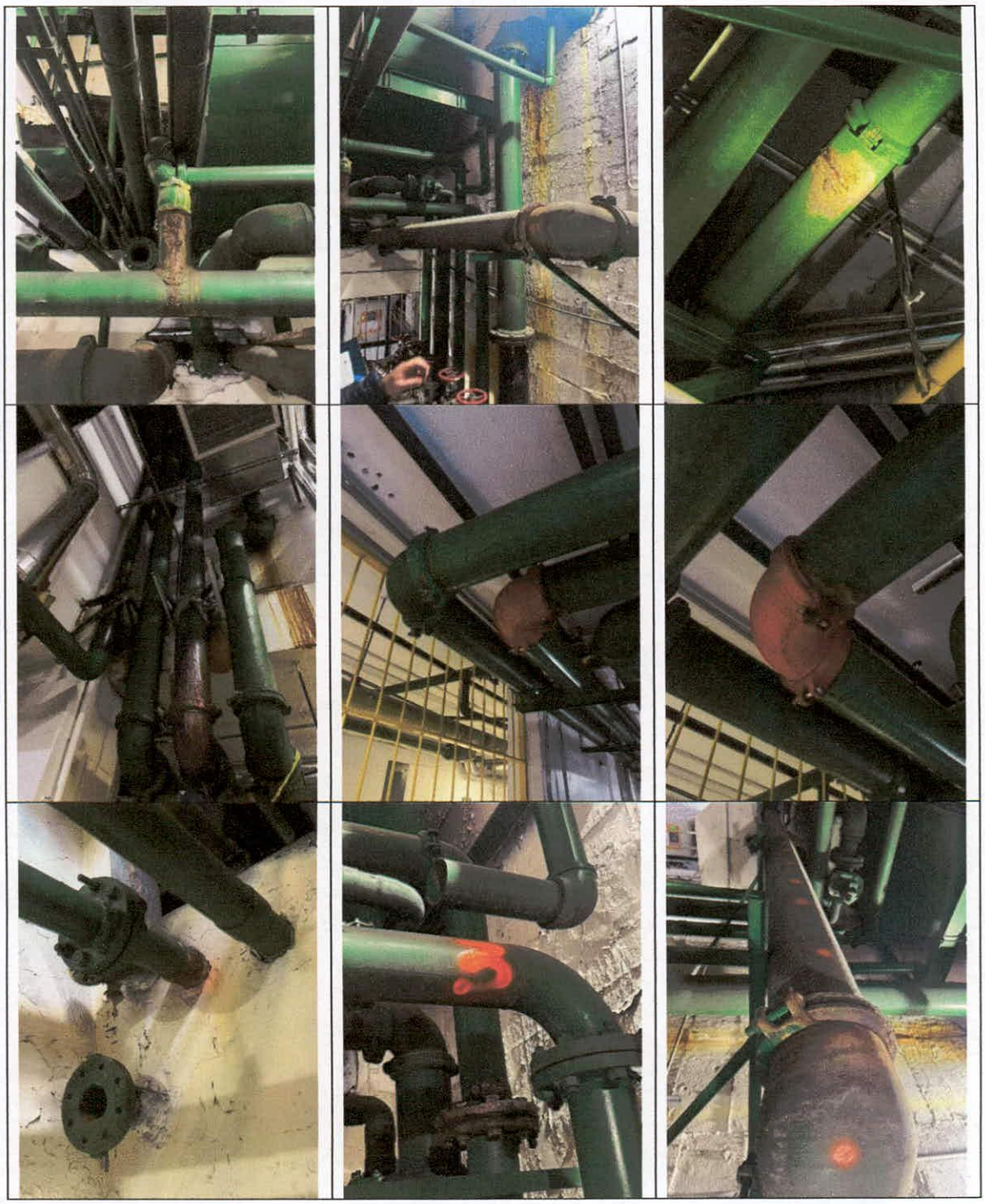
La tubería de suministro de agua potable del Hospital requiere una intervención total debido a que actualmente está fabricada en hierro fundido. Este material, por su tendencia a la oxidación, puede contaminar el recurso hídrico, afectando la calidad del agua que se distribuye a los pacientes y al personal del hospital. Además, la tubería presenta fugas y filtraciones, y muchos de sus accesorios están averiados por el tiempo de uso, lo que agrava aún más el problema.

Daños que ocasiona la tubería de hierro fundido en el agua potable; Corrosión, Contaminación química, Sedimentación, Fugas e Incremento en la microbiología.

Dada la complejidad logística y los costos asociados con el cambio total de la tubería, este contrato se centrará en intervenir únicamente las secciones más críticas, priorizando aquellas áreas que presentan fugas significativas o que afectan el óptimo funcionamiento del sistema de abastecimiento de agua potable.

5.1.1 REGISTRO FOTOGRÁFICO







5.2 ACCESORIOS (VÁLVULAS, REGISTROS, CHEQUES, UNIVERSALES ENTRE OTROS)

Las válvulas, registros y cheques de paso de agua y vapor en el hospital son componentes esenciales para el funcionamiento eficiente del sistema de distribución. Sin embargo, tras una evaluación exhaustiva, se ha constatado que muchos de estos elementos presentan signos evidentes de deterioro, incluyendo corrosión, fugas y fallas en la operación. Este deterioro no solo compromete la eficiencia del sistema, sino que también plantea riesgos para la seguridad y la calidad del suministro.

Además de las válvulas y registros, se han identificado problemas similares en los cheques y otros accesorios, que contribuyen a la ineficacia del sistema. La acumulación de daños en estos componentes resalta la necesidad de una intervención inmediata

5.2.1 REGISTRO FOTOGRÁFICO



6. BALANCE DE OBRA

Una vez socializados los alcances del proyecto con la supervisión, se determinó que las intervenciones necesarias superan el rubro presupuestal originalmente destinado. No obstante, la supervisión ha decidido priorizar la atención de las zonas y tramos que presentan fugas significativas y desperdicio de agua, así como aquellos que afectan el adecuado funcionamiento del sistema.

Con base en el análisis de la disponibilidad presupuestal, se ha dado prioridad al área de calderas, que presenta múltiples puntos afectados. Es importante destacar que las fallas identificadas en el sistema exceden el límite establecido en el contrato. En consecuencia, el balance de obras se presentará de la siguiente manera:

- GENERAL

CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC				VALOR CONTRACTUAL TOTAL:		$ 280.000.000,00	
				DIFERENCIA TOTAL PROYECTO:		-$ 278.096.390,57	
CONTRATISTA:	CONSORCIOMANTENIMIENTOS IBC	NIT.	901.864.711-4	VALOR INICIAL MANTENIMIENTO :		$ 280.000.000,00	
				VALOR COTRACTUAL MANTENIMEINTOS		$ 278.096.390,57	
CONTRATANTE:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	NIT.	830.040.256-0	DIFERENCIA:		$ 1.903.609,43	
OBJETO:	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C.			UBICACION		HOSPITAL MILITAR CENTRAÑ	
No.	FRENTE	COSTO DIRECTO BALANCE CONTRATISTA		TOTALES BALANCE CONTRATISTA	PRESUPUESTO INICIAL SED		DIFERENCIA
1	CALDERAS			$ 278.096.390,57	$ -		$ 278.096.390,57
	TOTAL MANTENIMIENTOS	$	-	$ 278.096.390,57	$ -		$ 278.096.390,57

- DETALLADO

REVISION	001	FORMATO BALANCE FINANCIERO DE PROYECTO - HOSPITAL MILITAR											
FECHA	10/09/2024												
CONTRATISTA		NIT:				CONTRATO DE OBRA No.						N°299-2024	
CONSORCIO MANTENIMIENTO IBC,		901.864.711-4				CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE							
CONTRATANTE:		NIT:											
HOSPITAL MILITAR CETRAL		830.040.256-0											
PROYECTO:	MANTENIMIENTO HIDRAULICO	UBICACIÓN:	CALDERAS					VALOR CONTRACTUAL:		$ 0,00			
								DIFERENCIA:		-$ 278.096.390,57			
ITEM	DESCRIPCIÓN	UNID	CONDICIONES CONTRACTUALES ORIGINALES (SED)			LEVANTAMIENTO INICIAL		MENORES CANTIDADES		MAYORES CANTIDADES		CANTIDADES FINAL	
			CANT	PRECIO UNITARIO + AIU	VALOR PARCIAL	CANT	VALOR PARCIAL	CANT	VALOR PARCIAL	CANT	VALOR PARCIAL	CANT	VALOR PARCIAL
17	SUMINISTRO E INSTALACION BRIDA CUELLO RANURADA Ø=6" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 454.383,59		2,00	$ 908.767,19		$ 0,00		$ 0,00	2,00	$ 908.767,19
21	SUMINISTRO E INSTALACION TEE RANURADA Ø=6" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 112.762,88		1,00	$ 112.762,88		$ 0,00		$ 0,00	1,00	$ 112.762,88
24	SUMINISTRO E INSTALACION CODO RANURADA Ø=6" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 304.335,82		21,00	$ 6.391.047,96		$ 0,00		$ 0,00	21,00	$ 6.391.047,96
29	SUMINISTRO E INSTALACION CODO 2" HG A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 55.506,51		3,00	$ 166.519,52		$ 0,00		$ 0,00	3,00	$ 166.519,52
46	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA ACERO GALVANIZADO AGUA 2" NIC 505 - 001 (RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	mt		$ 230.141,56		1,50	$ 345.212,34		$ 0,00		$ 0,00	1,50	$ 345.212,34
141	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO RED WHITE 2" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 2.243.843,47		7,00	$ 15.706.904,30		$ 0,00		$ 0,00	7,00	$ 15.706.904,30
143	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO RED WHITE 3" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 5.438.056,57		4,00	$ 21.752.226,29		$ 0,00		$ 0,00	4,00	$ 21.752.226,29
144	SUMINISTRO E INSTALACION REGISTRO RED WHITE 4" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 12.747.300,57		4,00	$ 50.989.202,27		$ 0,00		$ 0,00	4,00	$ 50.989.202,27
156	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE ROSCADO RED WHITE 2" (INCLUYE UNIVERSAL) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 2.033.657,18		7,00	$ 14.235.600,25		$ 0,00		$ 0,00	7,00	$ 14.235.600,25
158	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE ROSCADO RED WHITE 3" (INCLUYE UNIVERSAL) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 6.417.516,84		3,00	$ 19.252.550,51		$ 0,00		$ 0,00	3,00	$ 19.252.550,51
159	SUMINISTRO E INSTALACION CHEQUE ROSCADO RED WHITE 4" (INCLUYE UNIVERSAL) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 11.737.819,86		3,00	$ 35.213.459,57		$ 0,00		$ 0,00	3,00	$ 35.213.459,57
168	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA COBRE TIPO M DE 2" AGUA FRIA - RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 6.183.743,57		2,50	$ 15.459.358,93		$ 0,00		$ 0,00	2,50	$ 15.459.358,93
170	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA COBRE TIPO M DE 3" AGUA FRIA - RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 8.857.122,14		2,50	$ 22.142.805,34		$ 0,00		$ 0,00	2,50	$ 22.142.805,34
180	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA EN ACERO INOXIDABLE PARA AGUA POTABLE AISI 304 CALIBRE 10 DE 4" A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	und		$ 619.650,21		11,80	$ 7.311.872,45		$ 0,00		$ 0,00	11,80	$ 7.311.872,45
191	SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA ACERO GALVANIZADO AGUA 6" NIC 505 - 001 (RED DE SUMINISTRO DESCOLGADA) A TODO COSTO INCLUYE(INSTALACIÓN, REGATAS, RESANE, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, REEMPLAZO O CAMBIO DEL DEL ELEMENTO Y ACCESORIO EXISTENTE EN CASO DE REQUERIRSE, EL RETIRO TRASIEGO, DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RCD RESULTANTES, TODOS LOS ACCESORIOS REQUERIDOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, PRUEBAS Y LIMPIEZA)	mt		$ 1.624.716,14		41,92	$ 68.108.100,77		$ 0,00		$ 0,00	41,92	$ 68.108.100,77

es importante destacar que los costos totales del contrato se encuentran dentro de los límites establecidos en los términos y condiciones originalmente establecidos.

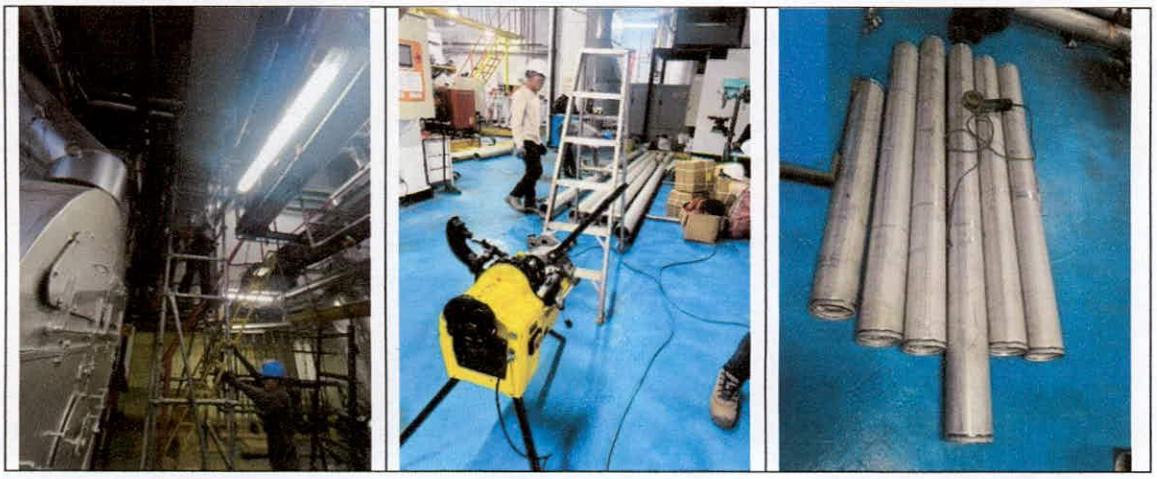
7. EJECUCIÓN Y AVANCE DE LAS ACTIVIDADES

7.1 ÁREA CALDERAS

En esta área de acuerdo a los alcances definidos y suministrados por la supervisión en el periodo comprendido del 05 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 4 DE OCTUBRE DE 2024, se realizaron las siguientes actividades:

- Montaje de andamio certificado multidireccional
- Corte y ranurado de tubería en acero inoxidable SCH 40 de 6", 4" y 2"
- Desmonte de tubería existente incluye izaje y trasiego a punto de acopio autorizado
- Montaje e instalación de tubería en acero inoxidable SCH 40 de 6", 4" y 2"
- Desmonte de válvulas, cheques, universales y accesorios
- Montaje de cheques, universales, tubería en cobre y accesorios.

7.1.2 REGISTRO FOTOGRÁFICO











8. AVANCE FINANCIERO

Durante el periodo del informe se gestionó la aprobación del acta de corte No.1 correspondiente al periodo comprendido del 05 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 4 DE OCTUBRE DE 2024, por un valor de $278.096.390,58 Mda/cte, con un avance financiero del 99.32%

ACTAS DE CORTE MENSUAL	VALOR ACUMULADO EJECUTADO (incluye A.I.U)	% AVANCE ACUMULADO
ACTA No.1 MES DE OCTUBRE	$278.096.390,58	99.32%

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La evaluación técnica revela que tanto la tubería de suministro de agua como los accesorios (válvulas, registros y cheques) presentan un estado crítico debido a la corrosión y al deterioro por el tiempo de uso. Estos problemas comprometen la calidad del agua y la eficiencia del sistema, lo que subraya la necesidad de una intervención inmediata.

- Las intervenciones necesarias para abordar los problemas identificados superan el rubro presupuestal originalmente asignado. Sin embargo, se ha tomado la decisión de priorizar las áreas más afectadas para mitigar el desperdicio de agua y garantizar el adecuado funcionamiento del sistema

- Dada la magnitud de las deficiencias identificadas en la infraestructura de tuberías y accesorios del hospital, se concluye que, para abordar de manera efectiva y exhaustiva la mayor cantidad de puntos afectados, es necesario considerar la adición al contrato existente. Esta medida permitirá extender el alcance de las intervenciones y mitigar significativamente las afectaciones relacionadas con fugas y deterioro del sistema

- Se ha gestionado con éxito la aprobación del acta de corte No. 1, reflejando un avance financiero del 99.32%. Esto indica una gestión eficiente de los recursos y una ejecución de actividades acorde a lo planificado, aunque se deben tener en cuenta las implicaciones de los costos adicionales para el futuro

- La situación actual del sistema resalta la importancia de implementar un plan de mantenimiento preventivo y monitoreo continuo, a fin de identificar y abordar futuros problemas de manera proactiva, garantizando la calidad y seguridad del suministro de agua y vapor en el hospital.

- Se destaca que se han implementado medidas efectivas de seguridad y salud ocupacional, garantizando un entorno seguro para los trabajadores y otros involucrados en el proyecto

10. ANEXOS

ANEXO No.1 Fichas Técnicas

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

JUAN DAVID PEÑA GUTIERREZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.016.041.834 de Bogotá D.C, en mi condición de representante legal del **CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC** identificado con NIT 901.864.711-4 , bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por el **CONSORCIO** durante la ejecución del contrato. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) del mes de octubre del año 2024.



JUAN DAVID PEÑA GUTIERREZ
C.C. 1.016.041.834 de Bogotá D.C
Representante Legal
CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC
NIT 901.864.711-4

RESIDENTE DE OBRA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032435681	JUAN CARLOS MONTES ALVAREZ	CRA 110A N 128B - 31 BL36 APTO 402	4609672	ing.juancmontes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	18/09/2024	80040431	$952.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	410.000	0		0		0	0	0	0	410.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	524.800	0	0	0	0	0	0		524.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	17.200				17.200	0	0	17.200			172	17.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	410.000	410.000
Pensión	1	524.800	524.800
Riesgos Laborales	1	17.200	17.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	952.000	952.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032435681	JUAN CARLOS MONTES ALVAREZ	CRA 110A N 128B - 31 BL36 APTO 402	4609672	ing.juancmontes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	18/09/2024	80040431	$952.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Extranjero	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	ELE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032435681	MONTES ALVAREZ JUAN CARLOS	59	0			N																	230201	3.280.000	524.800	0	0	0	0	EPS005	3.280.000	410.000	14-25	3.280.000	1	17.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 25 de Septiembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79430090	RODRIGUEZ RIPE JULIO CESAR	25/09/2024		167Bp254	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10160418342426934258

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/09/2024 09:30:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.204.13, 198.143.41.31, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

Fecha de Radicación
2|5|0|9|2|0|2|4

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afilacion		3.Regimen
A. Afiliación ☒ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☒ B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B.Subsidiado ☒

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ (Primer apellido)	RIFE (Segundo apellido)	JULIO (Primer nombre)	CESAR (Segundo nombre)

7. Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	79430090	Femenino Masculino	14/07/1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☒	57	CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☒ Masculino ☒	

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

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

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
P				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC	NIT	901864711-4	

39.Ubicación

Dirección	Telefono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 77 # 68 B - 40			BOGOTA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [x] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
- [x] Código:
- [x] 6. Reinscripción en la EPS
- [x] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo
- [x] B. Régimen Subsidiado
- [x] 14. Traslado: A. Mismo régimen
- [ ] B. Diferente régimen
- [x] 15. Reporte de fallecimiento
- [x] 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- [x] 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [x] 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [x] Masculino [x]		2|5|0|9|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. [x] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

[ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. [x] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. [x] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. [x] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

52. [x] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

53. [x] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. [x] Anexo Copia del documento de identidad: CN. [x] RC. [x] TI. [x] CC. [x] PA. [x] CE. [x] CD. [x] SC. [x]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [x] 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [x] 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [x] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [x] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [x] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número 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 IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIO CESAR RODRIGUEZ RIPE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79430090,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de septiembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL

Medellín, 25 de Septiembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1140854795	PATIÑO FONSECA LUIS FELIPE	25/09/2024		2041263v	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10160418342426934253

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/09/2024 09:30:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.204.13, 198.143.41.31, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

Fecha de Radicación
2|5|0|9|2|0|2|4

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afilacion		3.Regimen
A. Afiliación ☒ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☒ B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B.Subsidiado ☒
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☒		

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
PATIÑO (Primer apellido)	FONSECA (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	FELIPE (Segundo nombre)
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1140854795	Femenino Masculino	30/10/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico

BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☒	57 Localidad / comuna	CUNDINAMARCA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☒ Masculino ☒	

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

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

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC	NIT	901864711-4	

39.Ubicación

CR 77 # 68 B - 40 Dirección	Telefono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	CUNDINAMARCA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. ☐ Actualización documento de identidad
4. ☐ Actualización y/o corrección datos complementarios
5. ☒ Terminación de la inscripcion en la EPS.
   Código: ☒
6. ☒ Reinscripción en la EPS
7. ☒ Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. ☒ Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
8. ☐ Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
10. ☐ Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
17. ☒ Reporte de la calidad de pre-Pensionado
18. ☒ Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☒ Masculino ☒		2|5|0|9\2\0\2\4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. ☒ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☒ RC. ☒ TI. ☒ CC. ☒ PA. ☒ CE. ☒ CD. ☒ SC. ☒

Cantidad:											Total:
											0

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

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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número 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 IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS FELIPE PATIÑO FONSECA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.140.854.795**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PERSONAL OPERATIVO

1

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901504552	6	HIDRAULICA F.M S.A.S	C - MIPYMES	PRINCIPAL	CALLE 69 C BIS A SUR # 26-65	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208293844	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	927753081	9473584791	E	2024/09/12	2024/09/23	BANCO DAVIVIENDA	11	$1,217,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
[redacted]	CC	1124556289	GONZALEZ ANDERSON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
2	CC	1024492538	MUÑOZ FELIPE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
3	CC	79402301	VACA DAVID	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(3)**					$3,900,000	$624,000			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$271,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$624,000	$5,100	$0	$629,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$624,000	$5,100	$0	$629,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$271,500	$2,200	$0	$273,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$271,500	$2,200	$0	$273,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$156,000	$1,300	$0	$157,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$156,000	$1,300	$0	$157,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$156,000	$1,400	$0	$157,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$104,000	$900	$0	$104,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$52,000	$500	$0	$52,500
TOTAL				3	$1,207,500	$10,000	$0	$1,217,500

2024/09/20 08:09 PM

PERSONAL OPERATIVO

2

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 2 0 0 9 2 0 2 4

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
BALLEN (Primer apellido)	QUIROGA (Segundo apellido)	DILAN (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)
7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	1022438479	Femenino [ ] Masculino [ ]	0 2 1 0 1 9 9 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F][N][M] Condición [T][P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PROTECCION	$ 1.300.000

18. Residencia			
CARRERA 46C #74-13 (Dirección)	Teléfono Fijo	3224706693 (Celular)	DILANBALLEN02@GMAIL.COM (Correo electrónico)
BOGOTA D.C. (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	CIUDAD BOLIVAR (Localidad/Comuna)	BOGOTA D.C. (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
HIDRAULICA FM SAS	NIT	901504552	

39. Ubicación				
CL 69 C BIS A SUR 26 65 (Dirección)	3208293844 (Teléfono)	ADMHIDRAULICA2@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA D.C. (Municipio/Distrito)	BOGOTA D.C. (Departamento)

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CERVO IMPRESORES LTDA. NIT 860.176.814-9 TEL. 430 2110

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 2 0 0 9 2 0 2 4

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		2 1 0 9 2 0 2 4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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 institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

F385-RVA V.1.0-2016

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CARVAJAL EDUCACIÓN FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 900.175.457-5 TEL. 42 2115

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BALLEN QUIROGA DILAN ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.022.438.479** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de noviembre de 2016 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de septiembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2024092018593

PERSONAL OPERATIVO

3

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901504552	6	HIDRAULICA F.M S.A.S	C - MIPYMES	PRINCIPAL	CALLE 69 C BIS A SUR # 26-65	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208293844	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	927753081	9473584791	E	2024/09/12	2024/09/23	BANCO DAVIVIENDA	11	$1,217,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
[redacted]		1124558289	GONZALEZ ANDERSON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
[redacted]	C	1024492538	MUÑOZ FELIPE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
3	CC	79402301	VACA DAVID	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(3)**					$3,900,000	$624,000			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$271,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$624,000	$5,100	$0	$629,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$624,000	$5,100	$0	$629,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$271,500	$2,200	$0	$273,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$271,500	$2,200	$0	$273,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$156,000	$1,300	$0	$157,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$156,000	$1,300	$0	$157,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$156,000	$1,400	$0	$157,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$104,000	$900	$0	$104,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$52,000	$500	$0	$52,500
TOTAL				3	$1,207,500	$10,000	$0	$1,217,500

2024/09/20 08:09 PM

PERSONAL OPERATIVO

4

ARL | sura

Medellín, 20 de September de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de HIDRAULICA F.M S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003712674	SANCHEZ ROJAS ANDERSON STIVEN	21/09/2024		13313824	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/09/2024 19:08:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.32.188.245, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

790802122

Fecha de Radicación: 20 09 2024

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

1. Tipo de trámite	A. Afiliación [X]	**2. Tipo de Afiliación**	A. Individual	- Cotizante o Cabeza de Familia [X]	B. Colectiva [ ]	D. De Oficio [ ]	**3. Régimen**	A. Contributivo [X]	
	B. Reporte de Novedades [ ]			- Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ]			B. Subsidiado [ ]	

4. Tipo de afiliado	A. Cotizante [X]	B. Cabeza de Familia [ ]	C. Beneficiario [ ]	**5. Tipo de cotizante**	A. Dependiente X	B. Independiente [ ]	C. Pensionado [ ]	**Código** (a registrar por la EPS) [ ] [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
SANCHEZ	ROJAS	ANDERSON	STIVEN
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA DE CIUDADANIA	1003712674	Femenino [ ] Masculino X	29 10 2002

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ] [ ]	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CALLE 46C #74-13		3106302629	SANCHEZAROJAS@GMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTA D.C.

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				D D M M A A A A
B2	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				D D M M A A A A
B3	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				D D M M A A A A
B4	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				D D M M A A A A
B5	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				D D M M A A A A

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO TUNAL	
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
HIDRAULICA FM SAS	NIT [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	901504552	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CL 69 C BIS A SUR 26 65	3208293844	ADMHIDRAULICA2@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		21 09 2024

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
SIN EPS, SIN IDENTIFICAR	Código [ ]	

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
- [X] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la E.P.S. 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
- [X] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Anderson Stiven Sanchez	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad [CN] [RC] [TI] [CC] [CE] [PA] [CD] [SC] — Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
001	11				20 09 2024	DD MM AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACION POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 20-09-2024	

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

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado ANDERSON STIVEN SANCHEZ ROJAS

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	[X] NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	[X] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[X] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[X] NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	[X] NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	[X] NO

Anderson Stiven Sanchez

Firma del Afiliado ANDERSON STIVEN SANCHEZ ROJAS

Documento de Identidad 1003712674

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

ANDERSON STIVEN SANCHEZ ROJAS, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequivoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañia y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Anderson Stiven Sanchez

Nombre: ANDERSON STIVEN SANCHEZ ROJAS

Identificación: 1003712674

Fecha: 20-09-2024

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDERSON STIVEN SANCHEZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.712.674**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PERSONAL OPERATIVO

5

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901504552	6	HIDRAULICA F.M S.A.S	C - MIPYMES	PRINCIPAL	CALLE 69 C BIS A SUR # 26-65	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208293844	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	927753081	9473584791	E	2024/09/12	2024/09/23	BANCO DAVIVIENDA	11	$1,217,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

	EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1124558289	GONZALEZ ANDERSON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
2	CC	1024492538	MUÑOZ FELIPE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
3	CC	79402301	YACA DAVID	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(3)**					$3,900,000	$624,000			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$271,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$624,000	$5,100	$0	$629,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$624,000	$5,100	$0	$629,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$271,500	$2,200	$0	$273,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$271,500	$2,200	$0	$273,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$156,000	$1,300	$0	$157,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$156,000	$1,300	$0	$157,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$156,000	$1,400	$0	$157,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$104,000	$900	$0	$104,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$52,000	$500	$0	$52,500
TOTAL				3	$1,207,500	$10,000	$0	$1,217,500

2024/09/20 08:09 PM

Banco de Occidente
Nit. 890.300.279-4

C E R T I F I C A D O

Mediante la presente CERTIFICAMOS que nuestro cliente **CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC** con **NT 901864711-4** cuenta habiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día 11 de septiembre del año 2024 con la Cuenta Corriente No **512864174** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de **CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC** es ser un "Cliente activo del Banco de Occidente"

Expedimos esta certificación a solicitud de nuestro titular a clientes y proveedores, a los 11 días del mes de septiembre del año 2024

Cordialmente,

MESA DE SOPORTE DE NEGOCIO
EDIFICIO CENTRO INTERNACIONAL