R3DkODE-39

R4D1C4D0_1
R4D1C4D0_2

LUGAR Y FECHA: Bogotá D.C. 24 de febrero de 2025

INTERVIENEN : **SV. JORGE HERNAN BUSTAMANTE**
Supervisor de contrato No 025-ICFE-2025
LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ
Contratista

ASUNTO: ACTA DEL PRIMER (1) CORTE CORRESPONDIENTE AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN No 025-ICFE-2025 CUYO OBJETO ES: "PRESTAR LOS SERVICIOS DE APLICACIÓN DE PINTURA EN ESTRUCTURAS DE ACUERDO AL TIPO DE ACABADO EN LAS VIVIENDAS FISCALES Y AREAS COMUNES DEL INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ".

En la ciudad de Bogotá D.C., el día 24 de febrero de 2025, se reunieron el señor **SV. JORGE HERNAN BUSTAMANTE PAREJA** supervisor del contrato No 025-ICFE-2025 y el Señor **LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ** Contratista, para dejar constancia por medio de la presente acta del primer (1) corte de los trabajos correspondientes a la prestación de servicios y apoyo a la gestión No 025-ICFE-2025.

I. DATOS DEL CONTRATO

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	DIEZ (10) MESES Y DIECISIETE (17) DÍAS
PRORROGAS:	N/A
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	09 DE FEBRERO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ HASTA EL 26 DE DICIEMBRE DE 2025.
VALOR DEL CONTRATO: ($)	VEINTINUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($29.150.000,00)

ADICIONES: ($)	N/A
MODALIDAD DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN
FORMA DE PAGO:	DE ACUERDO A FACTURACIÓN
UNIDAD DE MEDIDA (No. meses / No. días / No. horas):	DIEZ (10) MESES Y DIECISIETE (17) DÍAS
VALOR FINAL DEL CONTRATO:	VEINTINUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($29.150.000,00)

II. DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	VR. UNIT. BASE	IVA	VR. UNITARIO TOTAL	CANT.	VR. TOTAL
1		UND					
2		KG					
3		PQTE X 30					
4							
SUMATORIA TOTAL							

VALOR SUMINISTROS ACTA	$
IVA	$
TOTAL	$

VALOR TOTAL DEL ACTA	$

VALOR TOTAL EJECUTADO	$

III. DESCRIPCIÓN DEL ACTIVIDADES DESARROLLADAS

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APLICACIÓN DE PINTURA EN ESTRUCTURAS DE ACUERDO AL TIPO DE ACABADO EN LAS VIVIENDAS FISCALES Y AREAS COMUNES DEL INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ ASI:

No	CONJUNTO	EDIFICIO	APTO	HABITACIONES	VALOR
1	LIBERTADORES	LIBORIO MEJIA INTERIOR 1	102	3	$ 390.000,00
2	LIBERTADORES	LIBORIO MEJIA INTERIOR 3	502	3	$ 390.000,00
3	LIBERTADORES	CODAZZI INTERIOR 2	104	3	$ 390.000,00
4	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 1	403	2	$ 390.000,00
5	LIBERTADORES	JAIME ROOK INTERIOR 2	201	2	$ 390.000,00
6	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 2	104	2	$ 320.000,00
7	LIBERTADORES	GIRARDOT INTERIOR 1	504	2	$ 320.000,00
8	LIBERTADORES	GIRARDOT INTERIOR 3	102	2	$ 320.000,00
9	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 1	501	2	$ 320.000,00
10	LIBERTADORES	ANTONIA SANTOS INTERIOR 2	401	3	$ 390.000,00
11	LIBERTADORES	ANTONIA SANTOS INTERIOR 1	401	3	$ 390.000,00
12	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 2	104	2	$ 320.000,00
13	LIBERTADORES	GIRARDOT INTERIOR 2	101	2	$ 320.000,00
				TOTAL	**$ 4.650.000,00**

OBSERVACIONES GENERALES

CONCEPTO GENERAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

IV. BALANCE DEL CONTRATO

TIEMPO EN EL CONTRATO:	DIEZ (10) MESES Y DIECISIETE (17) DÍAS
TIEMPO EJECUTADO PARA ESTE CORTE:	QUINCE (15) DÍAS
TIEMPO EJECUTADO A LA FECHA:	QUINCE (15) DÍAS
PENDIENTE POR EJECUTAR:	DIEZ (10) MESES Y DOS (2) DÍAS

VALOR CONTRATO INICIAL		**$ 29.150.000,00**
VALOR CORTE UNO	$ 4.650.000,00	
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	$ 24.500.000,00	
SUMAS IGUALES	**$ 29.150.000,00**	**$ 29.150.000,00**

V. **ANEXOS**

ITEM	DESCRIPCIÓN		PERIODO	CUMPLE	
				SI	NO
1	Certificación de pago de aportes de seguridad social (Planilla)		ENERO	☑	☐
2	Informe de actividades		ENERO	☑	☐
3	Cuenta de cobro No 001	VALOR	$ 4.650.000,00	☑	☐

No siendo otro el objeto de la presente, en representación del Instituto de Casas Fiscales del Ejército, cuyo representante legal **CR. ERNESTO MEJIA ARAQUE** autoriza el pago del primer (1) corte y certifica que las actividades del presente corte están ejecutadas, cumplieron con las especificaciones del contrato. Para constancia se firma de mutuo acuerdo la presente acta por los que en ella intervinieron. Para constancia, se firma en Bogotá D.C., 24 de febrero de 2025.

CÓDIGO: ICFE-M-04-F-04	INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO	
VERSIÓN: 07		
EMISIÓN: 14 FEB 2022	ENTREGA ACTAS DE CORTE	

POR EL INSTITUTO DE CASAS FISCALES DE EJÉRCITO



SV. JORGE HERNAN BUSTAMANTE
Supervisor de contrato No 025-ICFE-2025

POR EL CONTRATISTA

LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ
Contratista

Vo.Bo.: NATALIA PEREZ
Suboficial de apoyo contratos

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO No. 1165 DE 1996 ARTICULO 6".

SEÑORES: INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO

CIUDAD. Bogotá D.C. 23 de febrero de 2025

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ**

NIT O RUT 1.033.736.384 de Bogotá

DIRECCION Y CIUDAD: TRANSVERSAL 25 NUMERO 68 J 26 SUR

NUMERACIÓN O CONSECUTIVO: 001

FECHA DE EXPEDICIÓN: AÑO 2025 FEBRERO 23

"Clasificación Presupuestal: A-05-01-02-005-004 SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN No 025-ICFE-2025 CUYO OBJETO ES: "PRESTAR LOS SERVICIOS DE APLICACIÓN DE PINTURA EN ESTRUCTURAS DE ACUERDO AL TIPO DE ACABADO EN LAS VIVIENDAS FISCALES Y AREAS COMUNES DEL INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ".

VALOR DE LA OPERACIÓN O SERVICIO:

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (**$ 4.650.000,00)** M/CTE.

CONSIGNAR EN LA CUENTA DE CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 400338349

Declaro bajo la gravedad del juramento, que pertenezco al Régimen simplificado y por lo tanto y de acuerdo al Artículo 42 del Decreto 3541 de 1983 Articulo 511 de E. T. no estoy obligado a expedir facturación de venta.

Cordialmente,



LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ
CC. No 1.033.736.384 de Bogotá
Contratista

Bogotá, D.C., 23 de febrero de 2025

Señores
INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO
Carrera 11 B N° 104 – 48
Edificio ICFE
Ciudad

ASUNTO : **CERTIFICADO**

POR MEDIO DE LA PRESENTE YO LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ C.C. 1.033.736.384 EXPEDIDA EN BOGOTÁ CERTIFICO QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA CLÁUSULA TERCERA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 025-ICFE-2025 Y HACEN PARTE DE ORDEN DE PASO EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 50 LEY 789/02 Y LEY 828/03 CERTIFICACIONES APLICABLES (PARAFISCALES, SALUD, PENSIÓN, ARL).

DE ANTEMANO AGRADEZCO LA ATENCIÓN PRESTADA.

LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ
CC. No 1.033.736.384 de Bogotá
Contratista

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013942194	1|3|0|1|2|0|2|5

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

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ALVARADO (Primer apellido)	JIMENEZ (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	FABIAN (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	15.Fecha Nacimiento
CC	1033736384	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	2|6|1|2|1|9|9|0

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1425000	

26.Residencia			
TV 25 68 J 26 SUR (Dirección)	3821669 (Telefono fijo)	3143821669 (Telefono celular)	FABIANALVARADO034@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	CIUDAD BOLIVAR (Localidad / comuna)	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ	CC	1033736384	01

59.Ubicación				
TV 25 68 J 26 SUR (Dirección)	3821669 (Teléfono fijo o celular)	FABIANALVARADO034@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4013942194

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPSS08	1 3 0 1 1 2 0 2 5	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Luis Fabian Alvarado J.	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ALVARADO	JIMENEZ	LUIS	FABIAN

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1033736384	X	1990 12 26	X	2025 13 01

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿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
2. ¿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
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1033736384, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico fabianalvarado034@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Luis Fabian Alvarado J

Nombres y Apellidos: LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ
Número de identificación: 1033736384

Fecha de diligenciamiento
2025 13 01

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____

Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: *www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co*, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 1033736384



www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS S

CÓDIGO: ICFE-M-04-F-05	INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO	
VERSIÓN: 02	INFORME DE SUPERVISIÓN	
EMISIÓN: 09 ABR 2024		

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO		
"PRESTAR LOS SERVICIOS DE APLICACIÓN DE PINTURA EN ESTRUCTURAS DE ACUERDO AL TIPO DE ACABADO EN LAS VIVIENDAS FISCALES Y AREAS COMUNES DEL INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ."	025/2025		
	FECHA DE SUSCRIPCIÓN		
	DÍA	MES	AÑO
	31 DE ENERO DE 2025		

CONTRATISTA	**LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ** Cédula de Ciudadanía No. 1.030.614.718 Contratista
FORMA DE PAGO	

No	VIGENCIA 2025	VALOR
1	CORTE UNO	$ 4.650.000,00
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR		$ 24.500.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 29.150.000,00

SUPERVISOR		**SV JORGE HERNAN BUSTAMANTE PAREJA**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VEINTINUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($29.150.000,00)
VALOR ADICION		N/A
PLAZO DE EJECUCION		HASTA EL 26 DE DICIEMBRE DE 2025
PRORROGA Y ADICION	No. 1	N/A
	FECHA DE INICIACIÓN	N/A
	PLAZO	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO		VEINTINUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($29.150.000,00)
FECHA FINAL DE ENTREGA		26 DE DICIEMBRE DE 2025

PERIODO DEL INFORME

MES No.	DEL			AL		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	09	FEBRERO	2025	24	FEBRERO	2025

AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

UNIDAD DE MEDIDA	PLAZO CONTRACTUAL	TIEMPO TRANSCURRIDO	TIEMPO FALTANTE
MESES / DÁS	DIEZ (10) MESES Y DIECISIETE (17) DÍAS	QUINCE (15) DÍAS	DIEZ (10) MESES Y DOS (2) DÍAS
Porcentaje	100%	15,95%	84,05%

CÓDIGO: ICFE-M-04-F-05	INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO	
VERSIÓN: 02	INFORME DE SUPERVISIÓN	
EMISIÓN: 09 ABR 2024		

BALANCE DEL CONTRATO			
VALOR CONTRATO INICIAL			**$ 29.150.000,00**
ADICIÓN			$
Corte 1	CORTE UNO	$ 4.650.000,00	
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR		$ 24.500.000,00	
SUMAS IGUALES		**$ 29.150.000,00**	**$ 29.150.000,00**

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	OBSERVACIONES

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APLICACIÓN DE PINTURA EN ESTRUCTURAS DE ACUERDO AL TIPO DE ACABADO EN LAS VIVIENDAS FISCALES Y AREAS COMUNES DEL INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

No	CONJUNTO	EDIFICIO	APTO	HABITACIONES	VALOR
1	LIBERTADORES	LIBORIO MEJIA INTERIOR 1	102	3	$ 390.000,00
2	LIBERTADORES	LIBORIO MEJIA INTERIOR 3	502	3	$ 390.000,00
3	LIBERTADORES	CODAZZI INTERIOR 2	104	3	$ 390.000,00
4	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 1	403	2	$ 390.000,00
5	LIBERTADORES	JAIME ROOK INTERIOR 2	201	2	$ 390.000,00
6	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 2	104	2	$ 320.000,00
7	LIBERTADORES	GIRARDOT INTERIOR 1	504	2	$ 320.000,00
8	LIBERTADORES	GIRARDOT INTERIOR 3	102	2	$ 320.000,00
9	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 1	501	2	$ 320.000,00
10	LIBERTADORES	ANTONIA SANTOS INTERIOR 2	401	3	$ 390.000,00
11	LIBERTADORES	ANTONIA SANTOS INTERIOR 1	401	3	$ 390.000,00
12	LIBERTADORES	CABAL INTERIOR 2	104	2	$ 320.000,00
13	LIBERTADORES	GIRARDOT INTERIOR 2	101	2	$ 320.000,00
				TOTAL	**$ 4.650.000,00**

CÓDIGO: ICFE-M-04-F-05	INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO	
VERSIÓN: 02	INFORME DE SUPERVISIÓN	
EMISIÓN: 09 ABR 2024		

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PENDIENTES	OBSERVACIONES
	NINGUNA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	
	Nombre: **SV. JORGE HERNAN BUSTAMANTE PAREJA** Supervisor Contrato No 025-ICFE-2025 Cédula: 9772578 Dependencia: Mantenimiento Bogotá e-mail: jorge.bustamante@icfe.gov.co Teléfono: 3160540227

Bogotá D.C 23 de febrero de 2025.

Señor Sargento Viceprimero
JORGE HERNAN BUSTAMANTE PAREJA
Supervisor Contrato No 025-2025

Asunto: informe de Actividades

Respetuosamente, y para los fines pertinentes me permito informar al señor Sargento Viceprimero Supervisor Contrato No 025-ICFE-2025, las actividades realizadas desde el día 09 de febrero de 2025 hasta el día 25 de febrero del mismo así:

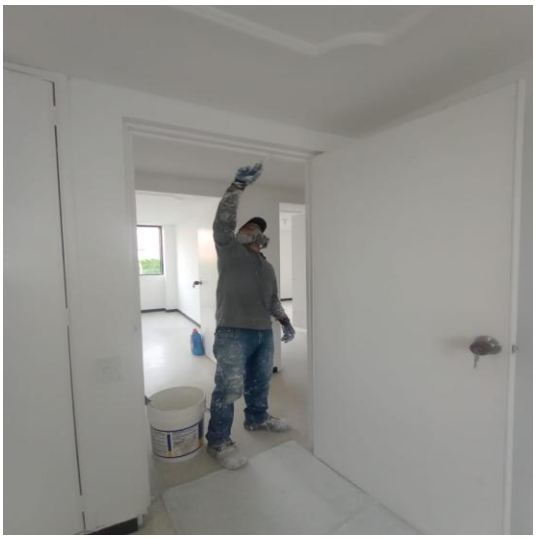
Aplicación de estuco, lijada de paredes. aplicación de pintura interior, resane, pintura de ornamentación (marcos de puertas, ventanas, entre otros).

Apartamentos:

Liborio mejía interior 1 apartamento 102 -3 habitaciones.
Liborio mejía interior 3 apartamento 502 -3 habitaciones.
Codazzi interior 2 apartamento 104 -3 habitaciones.
Antonia santos interior 1 apartamento 401 -3 habitaciones.
Antonia santos interior 2 apartamento 401 -3 habitaciones.

Cabal interior 1 apartamento 403. -2 habitaciones.
Jaime rooke interior 2 apartamento 201. -2 habitaciones.
Cabal interior 2 apartamento 104. -2 habitaciones.
Girardot interior 3 apartamento 504. -2 habitaciones.
Girardot interior 3 apartamento 102. -2 habitaciones.
Girardot interior 2 apartamento 101. -2 habitaciones.
Cabal interior 1 apartamento 504. -2 habitaciones.
Cabal interior 2 apartamento 501. -2 habitaciones.









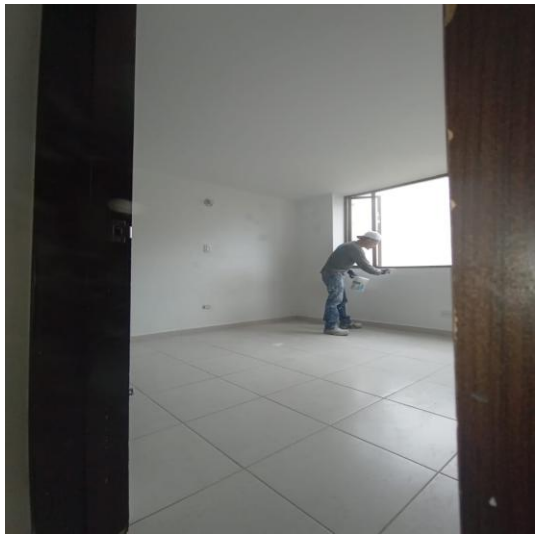




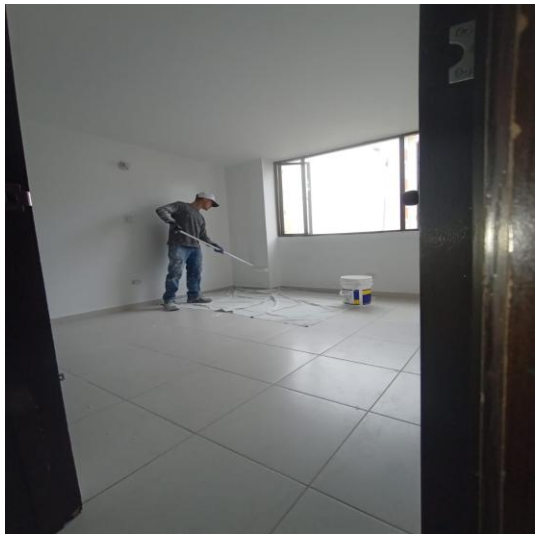
















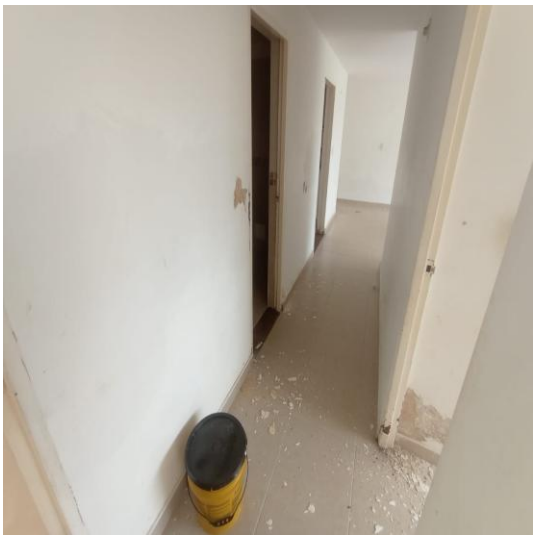


















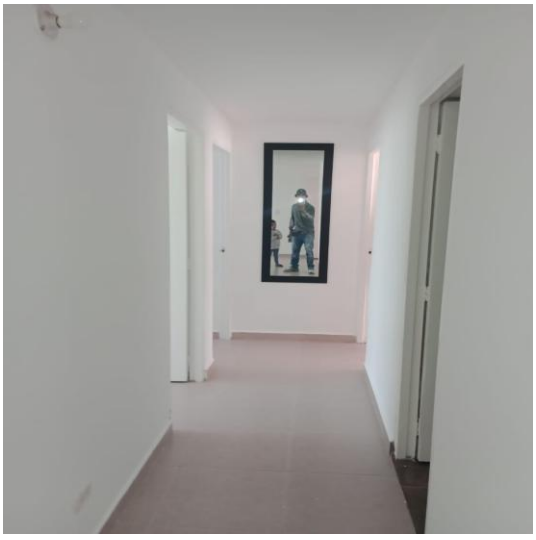




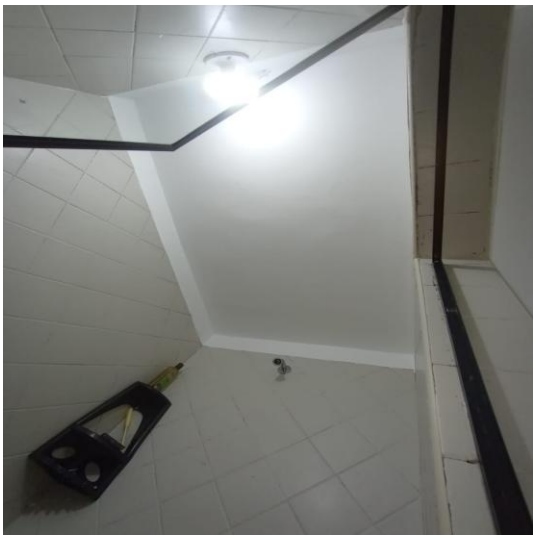












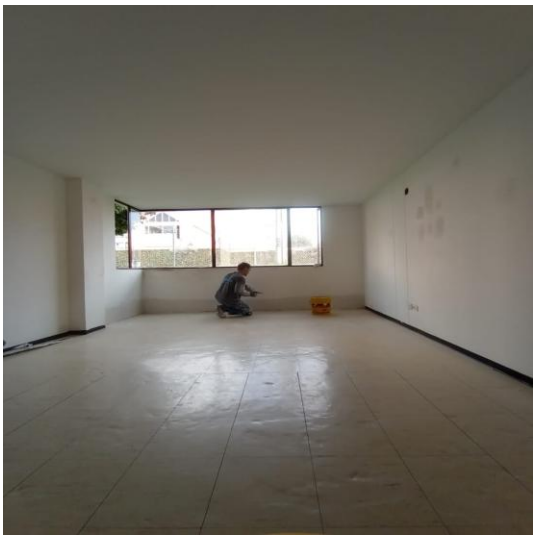




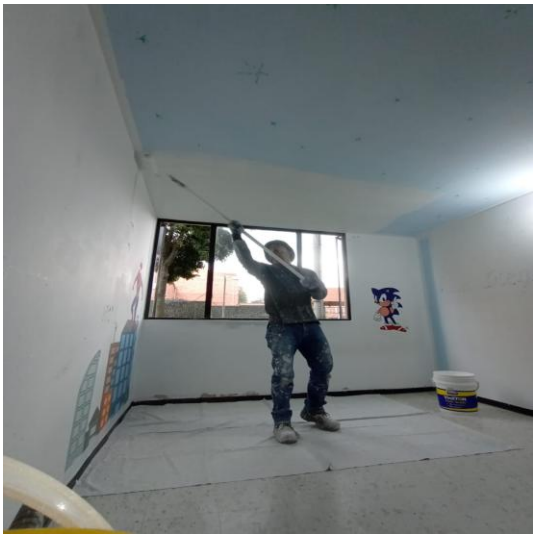


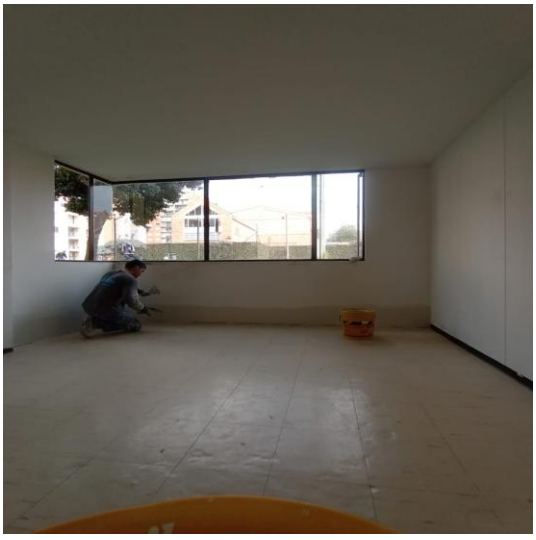








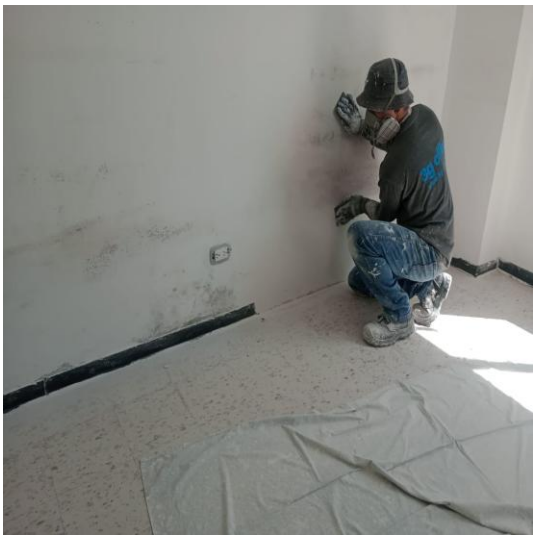




















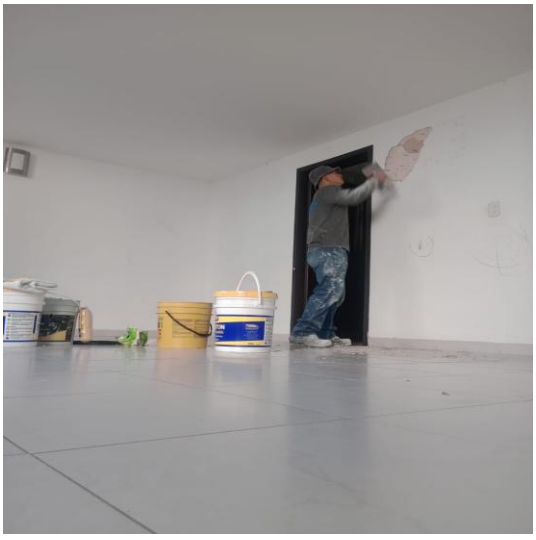
















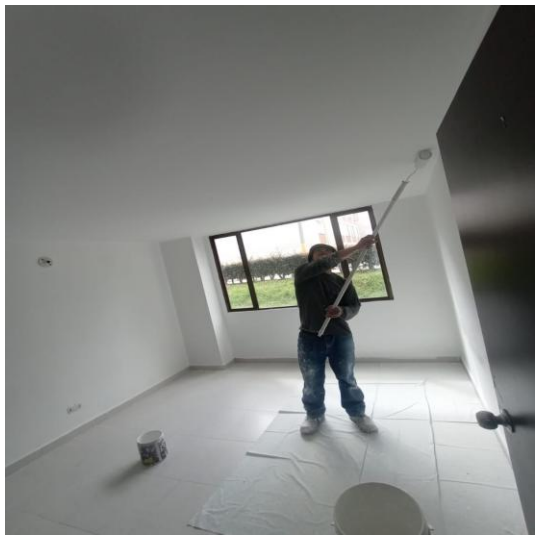


























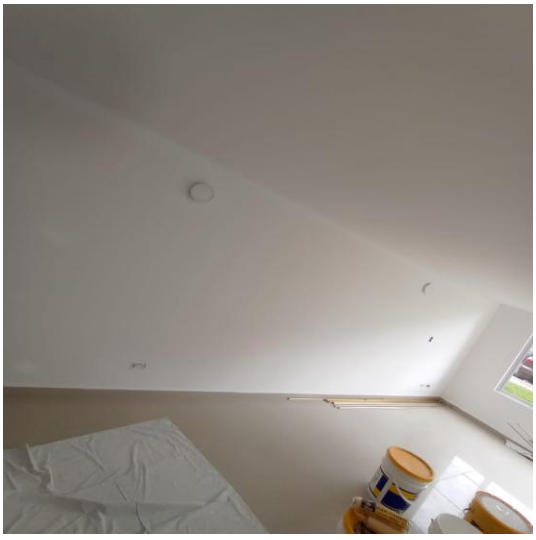
















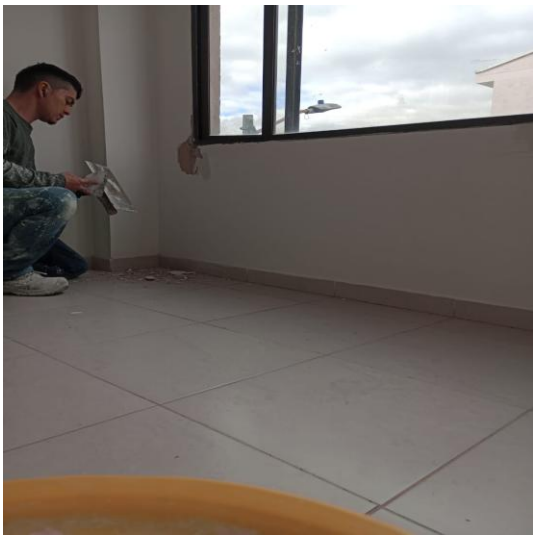
















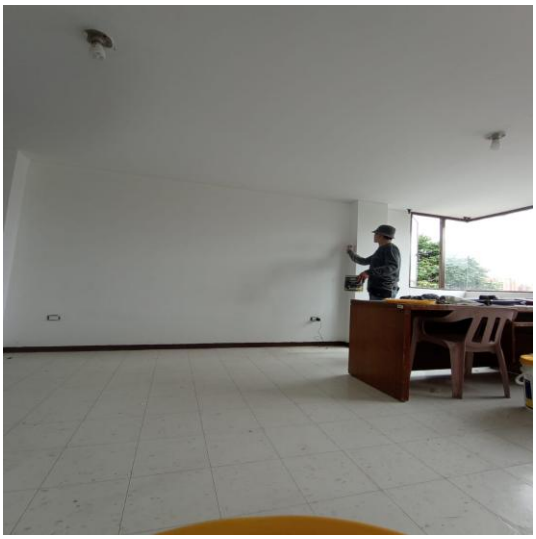






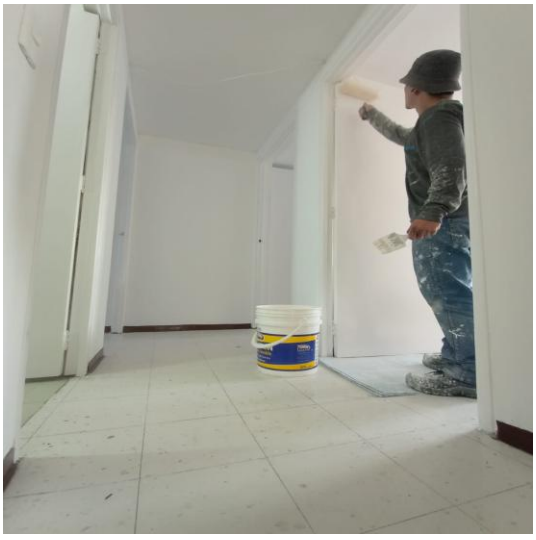
























Cordialmente:



LUIS FABIAN ALVARADO JIMENEZ
CC. 1.033.736.384
Contratista.