	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	05
		Vigencia:	12-12-2024

ACTA DE INICIO SERVICIOS	FECHA 02-02-2026	HORA: 7:00
CONTRATO N°	002-01-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	23-01-2026	
OBJETO DEL CONTRATO	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA, en calidad de AUXILIAR DE ENFERMERIA	
VALOR DEL CONTRATO	$ 22.880.000,00	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	ESM 118982 CAMAN/ESUFA (Carrera 5 # 2 – 91 sur), recorridos de traslados en ambulancia.	
CONTRATISTA	WILLIAM DAVID GALVIS PATALAGUA	
INTERVENTOR	**NO APLICA**	
SUPERVISOR (PRINCIPAL O SUPLENTE)	**CT.CARDENAS CALVETE KENDY MILADY**	
FORMA DE PAGO		

No. PAGOS	MES EJECUCIÓN	MES PAGO	TOTAL HORAS MES	VALOR UNITARIO POR HORA	VALOR A PAGAR
1	FEBRERO	MARZO	176	$ 13.000	$ 2.288.000
2	MARZO	ABRIL	176	$ 13.000	$ 2.288.000
3	ABRIL	MAYO	176	$ 13.000	$ 2.288.000
4	MAYO	JUNIO	176	$ 13.000	$ 2.288.000
5	JUNIO	JULIO	176	$ 13.000	$ 2.288.000
6	JULIO	AGOSTO	176	$ 13.000	$ 2.288.000
7	AGOSTO	SEPTIEMBRE	176	$ 13.000	$ 2.288.000
8	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	176	$ 13.000	$ 2.288.000
9	OCTUBRE	NOVIEMBRE	176	$ 13.000	$ 2.288.000
10	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	176	$ 13.000	$ 2.288.000
				VALOR TOTAL CONTRATO LOTE	$ 22.880.000

PLAZO DE EJECUCIÓN	A partir de la firma del acta de inicio hasta 30 de Noviembre del 2026
GARANTIA CONTRACTUAL No: 21-46-101135784 de **Seguros del estado**	**Cumplimiento:** Desde el 23-01-2026 hasta el 30-05-2027 por $ 4.576.000.00
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL No: 21-03-101031814 de **Seguros del estado**	Desde el 23-01-2026 hasta el 23-01-2027 por $ 350.181.000,00

El día 02 de febrero de 2026, en Madrid cundinamarca, se reunieron el señor WILLIAM DAVID GALVIS PATALAGUA, en su condición de contratista, Capitan CARDENAS CALVETE KENDY MILADY, en calidad de Supervisor, con el fin de dejar constancia de la iniciación real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto es LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA, en calidad de AUXILIAR DE ENFERMERIA, de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
WILLIAM DAVID GALVIS PATALAGUA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1.034.658.250 DE FUNZA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

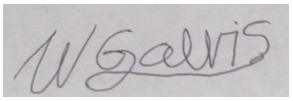
DE ACUERDO AL ANEXO TECNICO DEL CONTRATO

OBSERVACIONES

Se anexa los siguientes documentos.

- Afiliación ARL
- Afiliación EPS
- Afiliación Pensión
- Hoja de vida SIGEP

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:



WILLIAM DAVID GALVIS PATALAGUA
CONTRATISTA



CAPITAN. CARDENAS CALVETE KENDY MILADY
SUPERVISOR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Galvis	Patalagua	William David

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1034658250	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 03 AÑO 2005

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 4 13A 83

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FUNZA

TELÉFONO 3046021781 EMAIL WG776461@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	01	AÑO	2025
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3046021781	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	19	Mes	03	Año	2024	Día	22	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA				DIRECCIÓN CALLE 11 9 99 funza cumdinamarca						

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

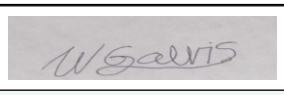
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO [X] ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,

Ciudad y fecha de diligenciamiento Madrid, Cundinamarca. 07 de enero 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

WILLIAM DAVID GALVIS PATALAGUA identificado con **CC 1034658250** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre y/o Razón Social	ESM COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO
Tipo y Número de Documento	NI 901542499
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/02
Estado de Afiliación	ACTIVO
Tipo de Vinculación	INDEPENDIENTE
Fecha de Inicio del Contrato	2026/02/02
Fecha Fin del Contrato	2026/12/31
Código Actividad Económica Principal	3861001
Clase de Riesgo	3
Fecha de Retiro	SIN RETIRO

Esta certificación se expide a los 2026/01/31.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

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

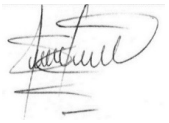
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1034658250,** *no está registrado/a* en el 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 29 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

189388996

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectivo C. Institucional Beneficiario o Afiliado adicional D. De Oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 59

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Galvis	Patalagua	William	David

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación		13. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	
CC	1034659250		M		Colombiana

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		
Bogotá	Colombia	Cundinamarca	Bogotá	19/05/2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN		20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
		Si	No		Si	No	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	Colfondos	1.750.905	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Carrera 53D 30 F SA 41		
Teléfono Celular	Correo Electrónico	
3046021731	wg796461@gmail.com	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Cundinamarca	Bogotá	Engativá	Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación		32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

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)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C

		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01		
02		728416
03		709313
04		
05		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante y código de Factores (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción 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 relación laboral o pérdida 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 trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	02-02-2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 71. 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] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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 Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [x] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [x] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
[signature]	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos: 1

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

92. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento)	93. Nombre de la Institución

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:
(N) Debut acat Independiente

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	EPS Sanitas ZONA IN RECIBIDO POR LA EPS 02 FEB 2026 RECIBIDO POR:	6 1 2 2 3 3

- Original: EPS 1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

Outlook

NOTIFICACION SUPERVISOR contrato No. 002-01-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026

Desde TS21. SANDRA MILENA OCHOA REYES <SANDRA.OCHOAR@FAC.MIL.CO>

Fecha Vie 30/01/2026 4:24 PM

Para CT. KENDY MILADY CARDENAS CALVETE <KENDY.CARDENAS@FAC.MIL.CO>; ST. MAYRA FERNANDA BARRETO MAHECHA <MAYRA.BARRETO@fac.mil.co>

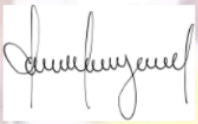
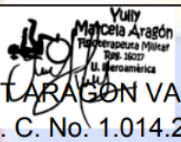
CC CR. HECTOR AUGUSTO MORENO CLAVIJO <HECTOR.MORENO@FAC.MIL.CO>; MY. OSCAR DAVID CAMACHO MEDINA <OSCAR.CAMACHO@FAC.MIL.CO>; CT. IVONNE ALEXANDRA SEGRERA ARAGON <IVONNE.SEGRERA@FAC.MIL.CO>; CT. JOSE EMMANUEL RICARDO RAMIREZ <jose.ramirez@FAC.MIL.CO>; T2. NELSON ALEXANDER MONCAYO JAIMES <NELSON.MONCAYO@FAC.MIL.CO>

4 archivos adjuntos (8 MB)

CRP 0526 CTO. 002-01-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA.pdf; DOCUMENTOS NOTIFICACION SUPERVISOR (2).zip; ANEXO TECNICO CTO 002-01 WILLIAM DAVID GALVIS.pdf; ANEXO CLAUSULADO AL CONTRATO CONTRATO No. 002-01 WILLIAM GALVIS.pdf;

Buena tarde:

El Departamento de Compras Públicas se permite informar que cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato No. 002-01-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026, cuyo objeto es ***LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA, en calidad de AUXILIAR DE ENFERMERIA****, se remite y se informa el lugar en que puede consultar la documentación que a continuación se relaciona, para el adecuado cumplimiento de sus funciones como Supervisor:*

EL NOTIFICADO	GRADO Y NOMBRE	FECHA Y HORA
SUPERVISOR PRINCIPAL DEL CONTRATO LOTE 1 Y 2	 CT CARDENAS CALVETE KENDY MILADY C. C. No. 1.090.465.124 de CUCUTA/NORTE DE SANTANDER	19/01/2026
SUPERVISOR PRINCIPAL DEL CONTRATO LOTE 3	 ST BARRETO MAHECHA MAYRA FERNANDA C. C. No. 1.014.274.174 de Bogotá, D.C.	19/01/2026
SUPERVISOR SUPLENTE DEL CONTRATO PARA TODOS LOS LOTES	 CT ARAGON VACA YULLY C. C. No. 1.014.225.569 de Bogota	19/01/2026

- *ESTUDIOS PREVIOS (www.contratos.gov.co)*
- *contrato No. 002-01-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026 (www.contratos.gov.co)*

*Asimismo, deben enviar acta de inicio y los primeros cinco días hábiles de cada mes debe enviar informe de supervisor registrado en la **SUIT VISION** mientras dure la ejecución del contrato y se realice el pago total del mismo para que sea publicado en la Tienda Virtual.*

Es responsabilidad del supervisor verificar la vigencia de los formatos.

Cordialmente,

TS21. SANDRA OCHOA
TECNICO GESTION CONTRACTUAL CAMAN

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHpdiazr	Pilar Diaz Rico
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO
Fecha y Hora Sistema:	2026-01-28-3:59 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 226 de fecha 2026-01-07. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	**526**	**Fecha Registro:**	2026-01-26	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		15-01-11-098 ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	22.880.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	22.880.000,00	**Saldo x Obligar:**	22.880.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1034658250	**Razón Social:**	WILLIAM DAVID GALVIS PATALAGUA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	0550488450626723	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	91078173	**Nombre:**	HECTOR AUGUSTO MORENO CLAVIJO	**Cargo:**	ORDENADOR DEL GASTO SUE 098

CAJA MENOR

Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	002-01-MDN-CGMF-DIGSA-JEFSA	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**Fecha:**	2026-01-26

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
15-01-11-098 ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF		22.880.000,00	0,00		
					Total:	22.880.000,00	0,00	22.880.000,00	22.880.000,00

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN SALUD PARA LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA - AUXILIAR DE ENFERMERIA

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-03-09	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-04-13	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-05-11	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-06-09	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-07-13	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-08-10	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-09-14	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-10-12	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-11-09	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO
15-01-11-098	ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-12-14	2.288.000,00	2.288.000,00	NINGUNO

DIANA CAROLINA BLANCO CARVAJAL

Firmado digitalmente por DIANA CAROLINA BLANCO CARVAJAL

TC. DIANA CAROLINA BLANCO CARVAJAL
JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO