ACTA No. INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO -ICFE-
Radicado: ARQINT-2021-00317
Fecha: 2021-03-08 10:08:24

LUGAR Y FECHA : Bogotá D.C. 08 de marzo de 2021

INTERVIENEN : **SS. RODRÍGUEZ ARBOLEDA JOHNNY**
Supervisor del Contrato No. 072/2021

WILLIAM SANDOVAL
CC. 17.340.372 DE VILLAVICENCIO
Contratista

ASUNTO : Acta de corte No. 1 correspondiente al Contrato de Prestación de Servicios No. 072 de 2021 cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO BÁSICO Y ACABADOS DE LAS VIVIENDAS FISCALES A NIVEL NACIONAL PARA LAS SECCIONALES DE BARRANQUILLA, MALAMBO, VALLEDUPAR, BUENAVISTA, BARRANCABERMEJA, BUCARAMANGA, CÚCUTA, CALI, POPAYÁN, IPIALES, VILLAVICENCIO, SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, IBAGUÉ, ARMENIA, NEIVA, FLORENCIA, LARANDIA, SAN VICENTE DEL CAGUAN, MEDELLÍN BASER 4, MEDELLÍN PINARES, BELLO, MONTERÍA, YOPAL, FACATATIVÁ Y TOLEMAIDA".

Al efecto se procedió así:

En la ciudad de Bogotá D.C., el día ocho (08) del mes de marzo de Dos Mil veintiuno (2021), se reunieron en las instalaciones del ICFE las siguientes personas: WILLIAM SANDOVAL, contratista y el señor SS. RODRÍGUEZ ARBOLEDA JOHNNY supervisor del Contrato, para dejar constancia por medio de la presente Acta, del primer (01) corte del Contrato de servicios No. 072/2021, de acuerdo con los datos relacionados.

I. DATOS DEL CONTRATO

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	TRES (03) MESES contados a partir de la de la suscripción del acta de inicio
PRORROGAS:	NO APLICA
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	Ocho (08) de febrero de 2021
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:	Ocho (08) de Mayo de 2021
VALOR DEL CONTRATO: ($)	$5.100.000,00
ADICIONES: ($)	NO APLICA
FORMA DE PAGO:	períodos fijos mensuales
VALOR FINAL DEL CONTRATO: ($)	$5.100.000,00

II. DESCRIPCIÓN DEL ACTIVIDADES DESARROLLADAS

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES
1.- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO BÁSICO Y ACABADOS DE LAS VIVIENDAS FISCALES A NIVEL NACIONAL PARA LA SECCIONAL DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE CONTRATO N° 072 DE 2021.	
CONCEPTO GENERAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	SATISFACTORIO

III. RELACION DE PAGO DEL CONTRATO

No.	RELACIÓN DE PAGOS	PERIODO	VALOR PAGO
1	CORTE No. 1	1 MES	DE ACUERDO A FACTURACIÓN
2	CORTE No. 2	1 MES	DE ACUERDO A FACTURACIÓN
3	CORTE No. 3	1 MES	DE ACUERDO A FACTURACIÓN
VALOR TOTAL DEL CONTRATO			**$ 5.100.000,00**

IV. BALANCE DEL CONTRATO

VALOR CONTRATO INICIAL			$ 5.100.000,00
VALOR CONTRATO ADICIONAL			$ 0
CORTES	PAGO 1ER CORTE	$ 1.700.000	
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR		$ 3.400.000	
SUMAS IGUALES		$ 5.100.000,00	$ 5.100.000,00

V. ANEXOS

ITEM	DESCRIPCIÓN		PERIODO	CUMPLE SI	CUMPLE NO
1	Certificación de pago de aportes de seguridad social (Afiliación o Planilla)		ENERO	☑	☐
2	Informe de actividades		FEBRERO	☑	☐
3	Cuenta de cobro No. 1	**VALOR**	**$1.700.000**	☑	☐

No siendo otro el objeto de la presente, en representación del Instituto de Casas Fiscales del Ejército, cuyo representante legal señor Coronel RODRIGO ANDRES GAMBA ROJAS, quien autoriza el pago del corte No.1 y certifica que las actividades del presente corte están ejecutadas, fueron medidas y cumplen con las necesidades del Supervisor y especificaciones técnicas del contrato No. 072 de 2021

Para constancia se firma de mutuo acuerdo la presente acta por los que en ella intervinieron.

Para constancia, se firma en Bogotá, D.C, el día el día ocho (08) de marzo de 2021.

SS. RODRÍGUEZ ARBOLEDA JOHNNY
Supervisor contrato 072/2021

WILLIAM SANDOVAL
CC. 17.340.372 de VILLAVICENCIO
Contratista

Al responder cite Radicado R-2021-00965 Id: 14366
Folios: 2 Fecha: 08/03/2021 11:21:40
Anexos: 1 ARCHIVOS INFORMÁTICOS
Remitente: Edwar Ovidio Oidor Riorrecio
Destinatario: GRUPO MANTENIMIENTO BOGOTA

8 de Marzo de 2021

PARA: EDWAR OVIDIO OIDOR RIORRECIO: SUBOFICIAL MANTEMIMIENTO

ASUNTO: ENVIO CUENTA DE COBRO OPS WILLIAM SANDOVAL

DETALLE:

Edwar Ovidio Oidor Riorrecio: edwar.oidor@icfe.gov.co

SOLICITO ENVIAR EL RADICADO PARA ANEXAR LA CORTE. GRACIAS

"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.
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	WILLIAM SANDOVAL
DIRECCIÓN Y CIUDAD:	CALLE 17 No 21 - 36 B/ PROVIDENCIA SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
NIT O RUT:	17.340.372 de VILLAVICENCIO
NUMERACIÓN O CONSECUTIVO:	001
FECHA DE EXPEDICIÓN:	**AÑO 2021 MES 03 DÍA 08**
"Clasificación Presupuestal:	***A-05-01-02-005-004***

DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y SERVICIOS: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO BÁSICO Y ACABADOS DE LAS VIVIENDAS FISCALES A NIVEL NACIONAL PARA LA SECCIONAL DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 072 DE 2021

VALOR DE LA OPERACIÓN O SERVICIO:
Millón setecientos mil PESOS ($1.700.000,00) M/CTE.

CONSIGNAR EN LA CUENTA AHORROS BANCOLOMBIA #031-142863-80

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,

WILLIAM SANDOVAL
CC. 17.340.372 de VILLAVICENCIO
Teléfono N° 3114286380

San José del Guaviare, 08 de Marzo de 2021

Señores
INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO
Carrera 11 N° 104 – 48
Edificio ICFE
Bogotá D.C.

ASUNTO : **CERTIFICADO**

POR MEDIO DE LA PRESENTE YO **WILLIAM SANDOVAL** C.C. 17.340.372 DE VILLAVICENCIO CERTIFICO QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA CLÁUSULA CUARTA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 072 DE 2021, Y HACEN PARTE DE ORDEN DE PASO EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 50 LEY 789/02 Y LEY 828/03 CERTIFICACIONES APLICABLES (PARAFISCALES, SALUD, ARL).

DE ANTEMANO AGRADEZCO LA ATENCIÓN PRESTADA.

WILLIAM SANDOVAL
***C.C.* 17.340.372 *DE* VILLAVICENCIO**
N° Celular 3114286380

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

* 0 1 B 1 1 9 8 6 6 0 4 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Constanza García
Cod. C859 Nueva EPS
RECIBIDO PARA ESTUDIO
Fecha:

No. de Radicación SAT

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]	1859	DÍA 3 MES 3 AÑO 2021

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Sandoval	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE: William	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]	17340372	F [ ] M [X]	DÍA MES AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M / Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
	908526			

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
San José	Guaviare	U. [X] R. [ ]	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3114786380		6465

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F. N. M.	31. DISCAPACIDAD Condición T. P.
1		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
2		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
3		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
4		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica	Unificación Grupo Familiar	Cumplimiento Tiempo por Cesión	Servicio Avalado por SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 03 MES 03 AÑO 2021	Independiente	908526

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO		Cobertura Geográfica [ ] Unificación Grupo Familiar [ ] Cumplimiento Tiempo por Cesión [ ] Servicio Avalado por SNS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación 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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] Cantidad: Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos 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. [ ]

Constanza García
Cod. C859 Nueva EPS
RECIBIDO PARA ESTUDIO
Fecha:

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CENGAGE LATAM FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 426 3110

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, _____ identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____

número _____ de _____, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes SÍ☐ No☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS SÍ☐ No☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes SÍ☐ No☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño SÍ☐ No☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño SÍ☐ No☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño SÍ☐ No☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ	NO	SÍ	NO

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Preescolar ☐ Básico Primaria ☐ Secundaria ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Normalista ☐ Técnica Profesional ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Último Grado ☐ Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato: _____ Fin Contrato: _____

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT ☐ P.A. ☐	C.C. ☐ T.I. ☐	C.E. ☐ C.D. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

porvenir
sólo hay uno

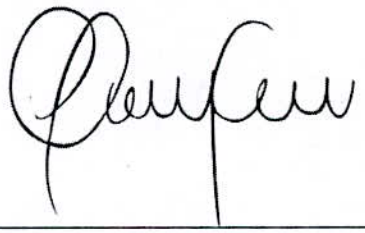
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLIAM SANDOVAL , identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.340.372**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a ***www.porvenir.com.co*** *y actualice su Historia Laboral.*

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL GRUPO SOCIAL Y EMPRESARIAL DE LA DEFENSA INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO			
INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN - CONTRATOS			
CÓDIGO: ICFE-M-04 / F-05	VERSIÓN: 01	EMISIÓN: 1 FEBRERO 2015	

			No. DE CONTRATO 072 DE 2021	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO BÁSICO Y ACABADOS DE LAS VIVIENDAS FISCALES A NIVEL NACIONAL PARA LA SECCIONAL DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE			FECHA DE SUSCRIPCIÓN	
			05	FEBRERO 2021

CONTRATISTA		WILLIAM SANDOVAL
FORMA DE PAGO		Cortes Mensuales
SUPERVISOR		SS. RODRÍGUEZ ARBOLEDA JOHNNY
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$ 5.100.000,00
ACTA DE INICIO		N° 0187 del Ocho (08) de febrero de 2021
PLAZO		Tres (03) MESES
PRORROGA	No. 1	N/A
	FECHA DE INICIACIÓN	N/A
	PLAZO	N/A
CONTRATO ADICIONAL	No. 1	N/A
	PLAZO	N/A
	VALOR	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO		$ 5.100.000,00
FECHA FINAL DE ENTREGA		Tres (03) meses contados a partir de la de la suscripción del acta de inicio

PERIODO DEL INFORME						
MES No.	DEL			AL		
	08	FEBRERO	2021	08	MARZO	2021

AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO			
UNIDAD DE MEDIDA	PLAZO CONTRACTUAL	TIEMPO TRANSCURRIDO	TIEMPO FALTANTE
PAGOS	TRES (03) Pagos	Uno (01) Pago	Dos (02) pagos
PORCENTAJE	100%	33,3 %	66,6 %

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL GRUPO SOCIAL Y EMPRESARIAL DE LA DEFENSA INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJÉRCITO			
INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN - CONTRATOS			
CÓDIGO: ICFE-M-04 / F-05	VERSIÓN: 01	EMISIÓN: 1 FEBRERO 2015	

BALANCE DEL CONTRATO No. 072 2021				
			$	**5.100.000,00**
VALOR CONTRATO ADICIONAL			$	
CORTES	VALOR 1ER CORTE	$ 1.700.000,00		
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR		$ 3.400.000,00		
SUMAS IGUALES		**$ 5.100.000,00**	$	**5.100.000,00**

CRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**OBSERVACIONES**
➢ Se realizaron las actividades de mantenimiento básico y acabados de las viviendas fiscales a nivel nacional para la seccional de San José del Guaviare	SATISFACTORIO
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PENDIENTES	**OBSERVACIONES**
Mantenimiento a las viviendas de acuerdo a las partidas asignadas por el ICFE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	SUPERVISOR: CONTRATO 072/2021
	SS. RODRÍGUEZ ARBOLEDA JOHNNY Supervisor del contrato 072/2021 Cédula: 1.113.641.573 Dependencia: Seccional SAN JOSÉ DEL GUAVIARE Teléfono: 3145188029

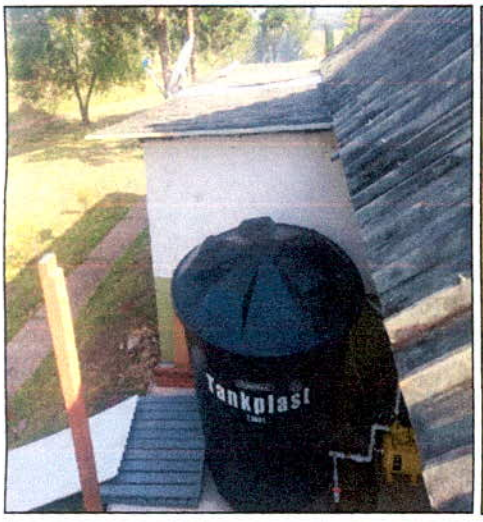
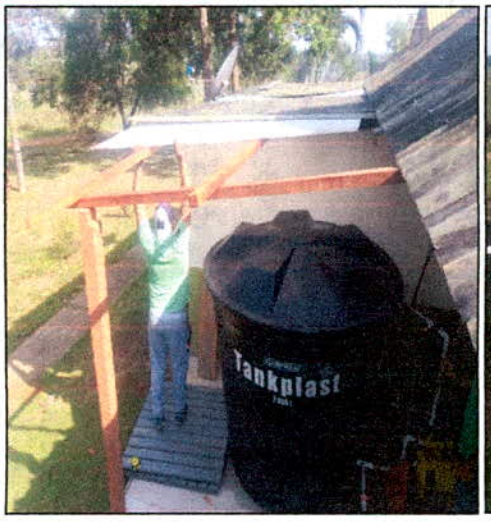
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, 08 de marzo de 2021

Señor Mayor
CRISTIAN ANDRES SANCHEZ BARON
Jefe de Mantenimiento del ICFE
Bogotá D.C.

Asunto: Informe Actividades Mantenimiento

Respetuosamente, y para los fines pertinentes me permito informar al señor mayor Jefe de mantenimiento del Instituto de casas Fiscales del Ejercito, las actividades realizadas en el mantenimiento efectuados a las viviendas fiscales por el señor WILLIAM SANDOVAL, quien realizo trabajos de pintura interna, externa, puertas y guarda escobas, estuco, pinto e impermeabilizo paredes, realizo cura de goteras, mantenimiento de interruptores eléctricos, instalación de tejas de zinc, fibrocemento y traslucidas, y trabajos de plomería en general a las viviendas fiscales A-02, A-03, B13 y B-14 de la seccional de SAN JOSÉ DEL GUAVIARE en el municipio de San José del Guaviare – Guaviare, durante el mes de febrero de 2021.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

ANTES	**DURANTE**	**DESPUÉS**
		

ANTES	DURANTE	DESPUÉS



Cordialmente,

SS. RODRÍGUEZ ARBOLEDA JOHNNY
Administrador Seccional SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

ANEXO: 04 COPIAS ACTAS DE RECIBO A SATISFACCIÓN

Cra 11 N° 104-48 Edificio ICFE
Conmutador (57 1) 3789650
www.icfe.gov.co
Twitter:@casasfiscales
Facebook: Instituto de Casas Fiscales del Ejército
Youtube: Casas Fiscales del Ejército ICFE

icontec ISO 9001 SC-CER109178
icontec ISO 14001 SA-CER765418
IQNet