[redacted]

CERTIFICACION DE VINCULACION DE TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD

(DECRETO 2250 DE 2017 – ARTICULO 383 ESTATUTO TRIBUTARIO; Mod. Art. 34 Ley 1943 de 2018)

FAVOR DILIGENCIAR A MANO POR QUIEN INFORMA

Yo, Henry Romero Orozco con documento de identificación No. 6700330 expedido en (lugar) Cali el (fecha de expedición) 25/febrero/1998.

INFORMO:

Que para efectos de la retención en la fuente, aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación de servicios personales, estoy vinculado mediante contrato de prestación de servicios con el municipio de Santiago de Cali, hasta el 31 (día) de 03 (mes) de 2019 (año), y que NO (X) SI ( ) tengo contratados o vinculados dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad desarrollada para el cumplimiento del objeto contractual.

Para constancia, se firma en la ciudad de Santiago de Cali a los (20) días del mes de (03) de (2019).

Anexo los siguientes certificados:

Certificado Bancario por intereses y corrección monetaria en virtud de préstamos para vivienda

Año Gravable _____ ..... SI [ ] NO [✓]

Formato por dependientes y certificaciones ..... SI [ ] NO [✓]

Certificado por Medicina Pre-pagada ..... SI [ ] NO [✓]

Año Gravable _____

NOMBRE: Henry

C.C: 6700330

ORGANISMO: secretaria del deporte y la recreación

Ciudad y Fecha

Señores
Departamento Administrativo de Hacienda Municipal
Oficina de Contabilidad
Alcaldía Municipal de Santiago de Cali
Ciudad

Para efectos de la deducción por dependientes (Artículos 387 y 388 del E.T.; artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.18 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2.017), CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que las siguientes personas que relaciono, son mis dependientes y que por ellos no se ha solicitado este beneficio por otro contribuyente:

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS
1	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
2	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente..
3	Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
4	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT ($8.910.200 para el año 2019), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y
5	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT ($8.910.200 para el año 2019), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

CATEGORÍA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

Firma: Henry Romero

Nombre: Henry Romero

No. de Documento 6100330

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

HENRY - ROMERO OREJUELA *Identificado con* *CC6100330*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0343 CALLE NOVENA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24069720020*
Fecha de Apertura	:	*10 de enero de 2017*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: ********SOLICITUD DEL INTERESADO********
Realizada en la oficina 0343 CALLE NOVENA de la ciudad de CALI, el día jueves, 21 de marzo de 2019.

Cordialmente,

Efectuado por:
G9G3L1U9 - GLORIA MERCEDES GUERRERO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

VIGILADO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que HENRY ROMERO OREJUELA, con Cédula de Ciudadanía No. 6.100.330, contratista de la empresa MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, con NIT No. 890399011, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/02/2019 y fecha fin de contrato 30/04/2019 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Marzo de 2019.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROMERO OREJUELA HENRY** identificado(a) con **CC** número **6.100.330** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de octubre de 1999 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 21 de marzo de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Consorcio Salud
Comfenalco Valle
EPS delagente
Comprometidos con la salud delagente

No. de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]
	D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	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

7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad Tipo [ ] Condición [ ] | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia

Zona Urbana [X] Rural [ ]

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

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P	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								

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)
Cot.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

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 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 [X] 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 por fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de Documento de identidad [ ] | Número de documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha

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. [X]
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 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 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] 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 [illegible] 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
						20 MAR. 2019

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad [ ] | Número de documento de identidad | OBSERVACIONES:

562 ADRIANA ARBELAEZ ALVAREZ
SUJETO A VERIFICACION

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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.

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

CONTRATO: 4162.010.26.1.1909 de 2019
CONTRATANTE: MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI- SECRETARIA DEL DEPORTE Y RECREACION
OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades, en los programas, planes y proyectos que adelanta la secretaria del Deporte y Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial a la ejecución de las actividades del proyecto denominado "RECREACION A TRAVES DE GIMNASIA DIRIGIDA (CUERPO Y ESPIRITU) EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI" Con B.P 05-044509.
PLAZO: Hasta el 31 de Marzo de 2019
SUPERVISOR: TOMAS GUTIERREZ MAÑOSCA

INFORME MENSUAL DE EJECUCION
MARZO DE 2019

A continuación, se describen las actividades que realice en el presente periodo:

- Brindé apoyo en los procesos del proyecto (cuerpo y espiritu) de manera creativa, dinámica y recreativa con la población.
- Brindé apoyo en la Identificación de las necesidades y condiciones específicas de las personas a las cuales va dirigido el programa.
- Brindé apoyo en la elaboración y ejecución del plan de evaluación e intervención integral con la población.
- Brindé apoyo en la elaboración de informes, registros estadísticos y bases de datos para almacenarlos en la memoria del programa.
- Brindé apoyo en los planes y acciones acordes al proyecto de Gimnasia Dirigida (Cuerpo y Espíritu).
- El contratista Brindó apoyo para dirigir las acciones en los puntos establecidos acorde al cronograma-plan de trabajo semanal y/o mensual.
- Brindé apoyo en la ejecución de actividades físicas funcionales en los puntos PCE que le sean asignadas durante la jornada de la ciclo vida y en la ejecución de actividades relacionadas.

ANEXO: REGISTRO FOTOGRAFICO DE ACTIVIDADES REALIZADAS.

HENRY ROMERO OREJUELA
6.100.330 DE CALI
Contratista

OSCAR EDUARDO TORO
COORDINADOR GENERAL

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DEL DEPORTE
Y LA RECREACIÓN

ANEXO INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN
REGISTRO FOTOGRAFICO

LUGAR: Cancha Longitudinal Poblado II	**LUGAR: Cancha Longitudinal Poblado II**
	
LUGAR: Cancha Longitudinal Poblado II	**LUGAR: Cancha Longitudinal Poblado II**
	
LUGAR: Cancha Longitudinal Poblado II	**LUGAR: Cancha Longitudinal Poblado II**
	

FIRMA:

HENRY Romero

CONTRATISTA

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [x] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número **1**

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. 4162.010.26.1.1909 DE 2019

Nombre completo del contratista: HENRY ROMERO OREJUELA

Documento de identificación:6.100.330 de Cali

Nombre del Supervisor: TOMAS GUTIERREZ MAÑOSCA

Organismo: Secretaria del Deporte y la Recreación

Objeto del contrato:
Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades afines a los programas, planes y proyectos que adelanta la secretaria del deporte y la recreación de Municipio de Santiago de Cali, en especial a la ejecución de las actividades del proyecto denominado "RECREACION A TRAVES DE GIMNASIA DIRIGIDA (CUERPO Y ESPIRITU) EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI" con BP 05-044509

3. INFORME JURÍDICO

Fecha de Inicio	Fecha terminación
01/Marzo/2019	31/ Marzo /2019

Modificación(es) al Contrato:
ACLARACIÓN Nº 1: por numeración errónea de contrato suscrita el día 31/ Marzo /2019
ACLARACIÓN N.º 2: por plazo de ejecución del contrato suscrita el día 31/ Marzo /2019

Suspensión: N/A

Reanudación: N/A

Cesión: N/A

Terminación anticipada: N/A

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cáli. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

Valor del contrato: Es hasta por la suma de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE (**$3.400.000**)

Adición: N/A

Prórroga: N/A

Información para Retención en la fuente:

Para efectos de disminución de la base de retención en la fuente, anexo copia legible de los siguientes documentos:	SI	NO
• Recibo de consignación en mi cuenta de Apoyo al Fomento de la Construcción AFC del periodo de la cuota.		X
• Recibo de consignación en mi cuenta del Fondo de Pensiones voluntarias del periodo de la cuota.		X

Información:

Valor Total del Contrato	Valor Cuota a cancelar	Valor Acumulado Cancelado	Saldo por Cancelar
$ 3.400.000	$ 1.700.000	$0	$ 1.700.000

Información del pago de seguridad social:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: N/A No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: N/A Operador: N/A Fecha de Pago: N/A Periodo de pago de la seguridad social: N/A

Observaciones al informe financiero y contable:
Se anexan certificados de afiliación de eps, pensión y arl.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor: Durante el desarrollo del contrato de prestación de servicios No. 4162.010.26.1.1909
de 2019 se pudo verificar que el contratista realizó las siguientes actividades en cumplimiento de sus obligaciones específicas y objeto contractual:

- Brinde apoyo a todos los procesos del proyecto con dinámica y recreación a toda la población del sector de la comuna 13.
- identifique las necesidades y condiciones específicas de cada uno de las personas de los grupos a las cuales va dirigido el programa.
- Brinde apoyo en la elaboración y ejecución del plan de evaluación con la población.
- Apoye la elaboración de informes, registros estadísticos y bases de datos de los grupos a cargo para guardar en la memoria del programa.
- Apoye en los planes y acciones acordes al proyecto de Gimnasia Dirigida (Cuerpo y Espíritu.)
- Dirigí, organice y establecí los horarios de trabajo con los grupos en los barrios comuneros 2, calipso sector 1, yira castro y Belisario Betancourt en la comuna 13
- Apoye en la ejecución de actividades físicas funcionales en los puntos PCE que le asignaron en la jornada de la ciclovia.
- Atendí cada una de las sugerencias presentados por el programa de gimnasia dirigida (Cuerpo y Espíritu), para el buen desarrollo de la actividad física en la comuna 13 siguiendo cada uno de los lineamientos.
- Brindé apoyo en el cumplimiento de las actividades en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Gestión Ambiental y el sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional.

Recibo a Satisfacción de Servicios: N/A

Constancia de Paz y Salvo: N/A

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

Observaciones al informe técnico:

6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

No se reporta recomendaciones para este periodo.

7. FIRMAS RESPONSABLES

TOMAS GUTIERREZ MAÑOSCA
Nombre y firma del supervisor

Nombre y firma del apoyo a la supervisión (incluir cuando aplique)

Fecha de suscripción del informe de supervisión: Santiago de Cali, 18 de marzo del 2019

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

DOCUMENTO EQUIVALENTE – REGIMEN SIMPLIFICADO
Art. 3 Decreto 522 de 2003

Dependencia: SECRETARIA DEL DEPORTE Y RECREACION **No.** 3531

Fecha de la Transacción: 18.03.2019

Nombre y/o Razón Social Adquiriente: MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI

Nit: 8903990113 **Dirección:** Torre Alcaldía Av. 2 N Cl 10 y 11 **No. Teléfono:** 5141190

Ciudad: Santiago de Cali

Nombre y/o Razón Social Beneficiario: HENRY ROMERO OREJUELA

Cedula o Nit: 6.100.330 de Cali **Dirección Beneficiario:** carrera 28E2 # 72 W 38

Teléfono: 3147640173 **Correo Electrónico**: henry-754@hotmail.com
Ciudad: Cali

INFORMACION CONTRACTUAL

Objeto del Contrato: Prestación de Servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades, en los programas, planes y proyectos que adelanta la secretaria del Deporte y Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial a la ejecución de las actividades del proyecto denominado "RECREACION A TRAVES DE GIMNASIA DIRIGIDA (CUERPO Y ESPIRITU) EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI" Con B.P 05-044509.

VER INFORMACION DETALLADA EN EL DOCUMENTO SE SUPERVISION.

No. RPC: 4500163841 **No. CDP:** 3500108486 **Vr. Contrato $** 3.400.000

Concepto: Cancelación PRIMERA (01) Cuota según Contrato de Prestación de Servicios No.4162.010.26.1.1909 - 2019 **Valor $:** 1.700.000

Son: UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS MCTE

HENRY ROMERO 6'100'330
HENRY ROMERO OREJUELA
C.C 6.100.330 DE CALI

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

VALE DE ENTRADA DE MERCANCÍAS Nº. 5000663834 Pág. 1

Fecha EM : 11.04.2019
Fecha actual : 11.04.2019

Centro : MCAL
Denominación : Municipio de Cali

Proveedor : 0300030745
Nombre : ROMERO OREJUELA HENRY
Pedido : 4500163841
Texto Cabecera : 1RA CUOTA
Grp compras : 046 Deportes Teléfono :5414277

Pos	Material	Denominación	
0001	1000140	SERVICIOS TECNICOS	300030745
	P BP050445091010106		1 UN

Emisor FRANSANB F I R M A


