1-14779

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, Steffania Solas Molina con documento de identificación No. 1151946749 expedido en (lugar) Cali el (fecha de expedición) 14 · 09 · 2010.

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 (18) 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 [X]

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

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

Año Gravable _____

NOMBRE: Steffania Solas Molina

C.C: 1151946749

ORGANISMO: Secretaria del deporte y la recreación.

Cruz Blanca E.P.S.

NIT: 830.009.783-0
www.cruzblanca.com.co
CÓDIGO 023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea atentamente las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [1] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código:
Fecha de Solicitud: D D M M A A A A

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer apellido: Salas
Segundo apellido: Molina
Primer nombre: Stefania
Segundo nombre:
7. Tipo documento de identidad: C.C
8. Número del documento de identidad: 1 1 5 1 9 4 6 7 4 9 1
9. Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]
10. Fecha de nacimiento: 02 08 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo: Condición:
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Admin. de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones: Proteccion
17. Ingreso base cotización IBC: 823.116
18. Ubicación o Dirección de Residencia: Cra 24 B # 42-32
Zona: Urbana [ ] Rural [ ]
Localidad / Comuna: 12
Barrio: Mirimar
Ciudad / Municipio: Cali
Departamento: Valle
Teléfono fijo: 3040216
Teléfono celular: 3163161526
Correo electrónico: Stefania9104@hotmail.com
Código postal: 760045

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número documento de identidad
22. Sexo
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres completos de los beneficiarios	25. Tipo documento	26. Número de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento Día	Mes	Año	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición
1												
2												
3												
4												

	32. Datos de residencia: Ciudad /Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono celular	33. Valor UPC afiliado adic. (lo diligencia la EPS)	34. Nombre y Código de la IPS
1			R [ ] U [ ]				
2			R [ ] U [ ]				
3			R [ ] U [ ]				
4			R [ ] U [ ]				

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de Identificación
37. Número de identificación
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. Ubicación o dirección
Teléfono fijo
Teléfono celular
Ciudad /Municipio
Departamento
Correo electrónico

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad
Número documento de identidad
Sexo F M
Fecha de nacimiento
42. Fecha (aportante) 01 03 2019
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado Código:
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de independencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no cotización al Régimen Contributivo Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de barrera de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no afiliación 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 vigente y a los entidades públicas que por sus funciones lo 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. [ ]

Página 1 de 2

Versión 2 - Agosto 2017

IX. FIRMAS

58. Nombre, número de identificación y huella del solicitante

Stefania Sos Molina

59. Firma y sello del prestador, apoderado o enlace responsable de la afiliación

X. ANEXOS

Cantidad: Total

05 MAR 2019

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Identificación de la Entidad Territorial — Código de Municipio / Código del Departamento

67. Datos del SISBEN — Número de ficha / Puntaje / Nivel

68. Fecha radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer apellido / Primer nombre / Segundo apellido / Segundo nombre

Tipo Documento identidad

Número documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las demás actividades contenidas en el capítulo VIII del formulario

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario junto con el empleador, apoderado o enlace responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera

Cruz Blanca EPS

Política para el tratamiento de datos personales y datos personales sensibles

AUTORIZACIONES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a **Cruz Blanca EPS Entidad Promotora de Salud**, en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en www.cruzblanca.com.co, la cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los contemplados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (Artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promuevan intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos" (Numeral 3° Artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Para dar cumplimiento a la circular conjunta externa 016 de 2013 le agradecemos contestar la siguiente encuesta:

¿Previo al diligenciamiento del formulario único de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? *

SI NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? *

SI NO

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

SI NO

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

SI NO

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

SI NO

*En nuestra página web www.cruzblanca.com.co puede consultar la carta de derechos y deberes de Cruz Blanca EPS, la carta de desempeño y nuestra red de atención.

Con conocimiento de haber recibido la Carta de Derechos y Deberes y autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Diligencie en letra clara, sin tachones ni enmendaduras

Nombre Cotizante: Stefania Sos Molina

Tipo Documento: * C.C Número Documento: * 1151946499

Firma: Stefania Sos Molina

☐ El Usuario Manifiesta que no puede o no sabe firmar, adjunta Huella

Línea Nacional de Atención al Usuario: 01 8000 11 33 37

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALAS MOLINA STEFFANIA** identificado(a) con **CC** número **1.151.946.749** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de septiembre de 2011 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 08 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

CONTRATO: 4162.01026.1.1499 DE 2019

CONTRATANTE: MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI- SECRETARIA DEL DEPORTE Y RECREACIÓN

OBJETO: Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades afines a los programas, planes y proyectos que adelanta la Secretaría del Deporte y la Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial en la ejecución del proyecto denominado FORMACIÓN DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518.

PLAZO: HASTA EL 31 DE MARZO DE 2019

SUPERVISOR: RUBEN DARIO MUÑOZ ABADÍA

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN

MARZO DE 2019

Se realizó en el mes de marzo las siguientes actividades:

- Brindé apoyo al proceso de socialización del programa en la institución Humberto Jordán Mazuera de la comuna 13.
- Presenté asistencia al desarrollo de las prácticas deportivas según las orientaciones técnicas y psicosociales en la disciplina de patinaje de la comuna 13.
- Apoyé el desarrollo de encuentros recreo-deportivos en el escenario calipso I de la comuna 13.
- Brindé apoyo en la elaboración y presentación de sesiones de clase y soporte del desarrollo de las sesiones como listado de asistencias, contactos de emergencias, malla curricular técnica y psicosocial, formatos de visita tanto en el campo como en el SIDER.
- Asistí a reuniones convocadas por las directivas del programa como capacitaciones técnicas y psicosociales.
- Promoví el cuidado de los datos de registro en las fichas de inscripción de los beneficiarios.
- Velé por el cuidado y buen uso de la implementación deportiva.
- Atendí las sugerencias que el Municipio Santiago de Cali, la Secretaria del Deporte y la Recreación considero convenientes para la ejecución del objeto del contrato.

ANEXO: Registro fotográfico de actividades realizadas

Steffania Salas Molina

STEFFANIA SALAS MOLINA
C.C 1151946749
Contratista

GLORIA CAICEDO B.
Coordinadora

ANEXOS INFORME MENSUAL DE EJECUCION
REGISTRO FOTOGRAFICO

LUGAR:	Comuna 13 (inscripciones quiosco calipso II)



LUGAR:	Comuna 13 (inscripciones quiosco calipso II)



LUGAR:	Comuna 13 (quiosco de calipso II)



LUGAR:	Comuna 13 (INDUCCION fundación autónoma de accidente)



Steffania Salas Molina.

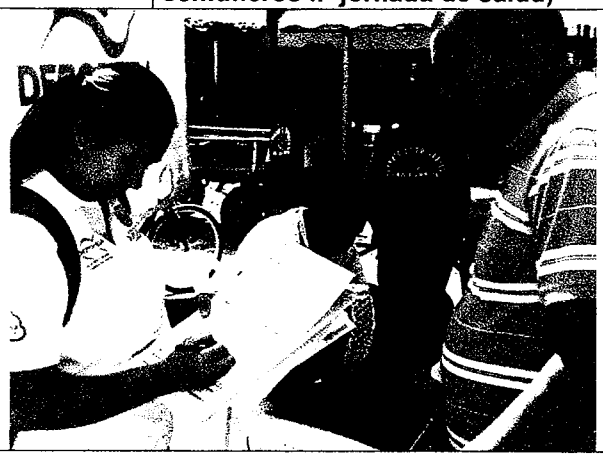
STEFFANIA SALAS MOLINA
Contratista

ANEXOS INFORME MENSUAL DE EJECUCION
REGISTRO FOTOGRAFICO

LUGAR:	Comuna 13 (capacitación en la fundación autónoma)



LUGAR:	Comuna 13 (inscripciones en comuneros II -jornada de salud)



LUGAR:	Comuna 13

LUGAR:	Comuna 13

Steffania Salas Molina.

STEFFANIA SALAS MOLINA
Contratista

1. TIPO DE INFORME	
INFORME PARCIAL [X]	INFORME FINAL [ ]
Cuota Número 01	

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN	
Contrato No. 4162.01026.1.1499 de 2019	
Nombre completo del contratista: STEFFANIA SALAS MOLINA	
Documento de identificación :1151946749	
Nombre del Supervisor: RUBÉN DARÍO MUÑOZ ABADÍA	
Organismo: Secretaría del Deporte y la Recreación	
Objeto del contrato: Prestación de servicios de apoyo a la gestión o profesionales para realizar actividades afines a los programas, planes y proyectos que adelanta la Secretaría del Deporte y la Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial en la ejecución del proyecto denominado FORMACIÓN DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518.	

3. INFORME JURÍDICO	
Fecha de Inicio 01/03/2019	Fecha terminación 31/03/2019
Modificación(es) al Contrato: N/A	
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 Cali. 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: Dos millones setecientos sesenta mil pesos m/te ($2.760.000).

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
$ 2.760.000	$ 1.380.000	$ 0	$ 1.380.000

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 anexa certificado de afiliación de EPS y Pensión desde el día 01/03/2019 (Día de Afiliación)

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 **4162.01026.1.1499** se pudo verificar que el contratista realizó las siguientes actividades en cumplimiento de sus obligaciones y objeto contractual.

Se realizó en el mes de marzo las siguientes actividades en los escenarios deportivos de Santiago de Cali:

- Brindó apoyo al proceso de socialización del programa en la institución Humberto Jordán Mazuera de la comuna 13.
- Prestó asistencia al desarrollo de las prácticas deportivas según las orientaciones técnicas y psicosociales en la disciplina de patinaje de la comuna 13.
- Apoyó el desarrollo de encuentros recreo-deportivos en el escenario calipso I de la comuna 13.
- Brindó apoyo en la elaboración y presentación de sesiones de clase y soporte del desarrollo de las sesiones como listado de asistencias, contactos de emergencias, malla curricular técnica y psicosocial, formatos de visita tanto en el campo como en el SIDER.
- Asistió a reuniones convocadas por las directivas del programa como capacitaciones técnicas y psicosociales.
- Promovió el cuidado de los datos de registro en las fichas de inscripción de los beneficiarios.
- Veló por el cuidado y buen uso de la implementación deportiva.
- Atendió las sugerencias que el Municipio Santiago de Cali, la Secretaria del Deporte y la Recreación considero convenientes para la ejecución del objeto del contrato.

Recibo a Satisfacción de Servicios: N/A

Constancia de Paz y Salvo: N/A

Observaciones al informe técnico:

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.

6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

No se reportan recomendaciones para este periodo.

7. FIRMAS RESPONSABLES

RUBÉN DARÍO MUÑOZ ABADÍA
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, 18/03/2019

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.

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTION HACIENDA PUBLICA CONTABILIDAD GENERAL	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) **DOCUMENTO EQUIVALENTE – REGIMEN SIMPLIFICADO**	MAHP03.03.01.18.P11.F01	
		VERSIÓN	1
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	27/oct/2015

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

Dependencia: SECRETARIA DE DEPORTE Y RECREACION **No.** 2337

Fecha de la Transacción: 18 de marzo de 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: STEFFANIA SALAS MOLINA

Cedula o Nit: 1151946749 **Dirección Beneficiario:** Cra 24B # 42-31

Teléfono: 3163161526 **Correo Electrónico**: stephania920901@hotmail.com **Ciudad**: Cali

INFORMACION CONTRACTUAL

Objeto del Contrato: Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades afines a los programas, planes y proyectos que adelanta la Secretaría del Deporte y la Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial en la ejecución del proyecto denominado FORMACIÓN DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518.

INFORMACION DETALLADA: VER FORMATO INFORME DEL SUPE RVISOR.

No. RPC: 4500163298 **No. CDP:** 3500109080 **Vr. Contrato** $ 2.760.000

Concepto: Cancelación cuota Primera (01), Cuota según Contrato de Prestación de Servicios No. 4162.01026.1.1499 de 2019 **Valor:** $ 1.380.000

Son: UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MTE

Stephania Salas Molina 1151946749

Firma y cédula del beneficiario

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. 5000659927 Pág. 1

Fecha EM : 22.03.2019
Fecha actual : 22.03.2019

Centro : MCAL
Denominación : Municipio de Cali

Proveedor : 0300032507
Nombre : SALAS MOLINA STEFFANIA
Pedido : 4500163298
Texto Cabecera : 1RA CUOTA
Grp compras : 046 Deportes Teléfono :5414277

Pos	Material	Denominación	
0001	1000140	SERVICIOS TECNICOS	300032507
	P BP050445181010110		1 UN

Emisor FRANSANB F I R M A
