	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL				
Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	29-dic-23	PERIODO - CUOTA	DICIEMBRE - 7	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.770.2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Tito Florentino Asprilla Valencia		Identificación (C.C. /NIT)	1,193,250,611	
ÁREA	Dirección de Operaciones			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TÉCNICOS

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Objeto del Contrato		Prestar los servicios de apoyo a la gestión a la Dirección de Operaciones.			
Valor del contrato		Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP		Registro Presupuestal - RP	
		Número	Fecha	Número	Fecha
Valor inicial del contrato	$ 10,000,000	20230267	1-jun-23	20231077	16-jun-23
Valor adicional del contrato	$ 4,000,000	20230391	17-oct-23	20231846	23-oct-23
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	$ 14,000,000				
Plazo del contrato	*El plazo será hasta el 31 de diciembre de 2023 contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento*	Fecha Acta de Inicio	16/06/2023	Fecha terminación	hasta el 31 de diciembre de 2023.
Modificatorios/Otrosí	N°1	Fecha modificatorio	23/10/2023	Objeto modificatorio	Prórroga y adición

2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS

COBRO DEL PERIODO

NÚMERO DE FACTURA: *(Cuando aplique)*				Fecha de la Factura o cobro	
Valor del TOTAL Contrato ($) (Incluir adiciones si las hay)	Número de la Cuotas totales a pagar del total	Número de cuota que se paga	Saldo Actual del Contrato ($)	(-) Este Pago ($)	Saldo después de este pago ($)
$ 14,000,000	7 de7	7	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 0

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)*	ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO (indicar TOTAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación especifica)	SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)
1. Acompañar en las capacitaciones y reuniones de coordinacion de los trabajos de campo.	Actividad no requerida en el periodo de pago.	N.A.
2. Brindar apoyo a la toma y digitación de información en campo que Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración programe en los formatos indicados para tal fin.	Se realizo estudio de FOV en jornada valle en las estaciones Capri y Unidad deportiva Se realizo estudio de FOV+Ascensos y descensos en las estaciones Antonio nariño, Republica de Israel, Simon Bolivar, Cañaverales y Villa del sur. Se realizo estudio en las estaciones/terminales Americas, Paso del Comercio y Torre de Cali para determinadas rutas del SITM MIO. Se realizo estudio de FOV para la ruta P30B en la parada K5N C68 Y C69.	Archivos entregados por correo. ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\DiciembreVAct2
3. Brindar apoyo en el seguimiento de los planes de manejo de tránsito de las obras de infraestructura que estén a cargo de la Dirección de Infraestructura.	Actividad no requerida en el periodo de pago.	N.A.
4. Brindar apoyo en la realización de la inspección vial de al menos uno de los corredores troncales del SITM MIO.	Actividad no requerida en el periodo de pago.	N.A.
5. Las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que le sean encomendadas de conformidad con el nivel contratado.	Actividad no requerida en el periodo de pago.	N.A.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL
E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	29-dic-23	PERIODO - CUOTA	DICIEMBRE - 7	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.770.2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Tito Florentino Asprilla Valencia		Identificación (C.C. /NIT)	1,193,250,611	
ÁREA	Dirección de Operaciones		TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TÉCNICOS	

SEGURIDAD SOCIAL

El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.

Tipos de Aportes	Nombre de la Entidad	Periodo pagado	NOVIEMBRE DICIEMBRE
		Planilla Número	Valor ($)
EPS	EPS SANITAS S.A.	4526567297	145.200
		4529339821	145.200
PENSIÓN	PORVENIR	4526567297	185.800
		4529339821	185.800
ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	4526567297	12.200
		4529339821	12.200

	SI	NO
1. DECLARO EN FORMA VOLUNTARIA Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO.	X	
2. DE ACUERDO CON EL ARTICULO 42 DEL DECRETO 3541 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA.		X
3. CERTIFICO QUE ESTOY AL DIA EN MIS PAGOS DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN CONSTA EN LA PLANILLA QUE SE ADJUNTA.	X	

Tito Florentino Asprilla Valencia	1,193,250,611	Tito Asprilla
Nombre completo del contratista	**Número de Identificación**	**Firma**

3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO

ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA
(Según Manual de contratación y la normatividad que lo complemente o modifique)

	A satisfacción	No satisfacción
Cumplimiento de Obligaciones generales y especificas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).	X	
Cumplimiento de Obligaciones generales y especificas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).	X	
Cumplimiento obligaciones de pago al sistema general de seguridad social (Se exigió la certificación debidamente soportada al contratista, del pago de los aportes a la seguridad social (SALUD, PENSIÓN Y ARL), para proceder a la aprobación de la cuenta de cobro presentada por el contratista).	X	

CONCEPTO DEL SUPERVISOR *(Escoger una de las dos opciones)*

Como supervisor dejo constancia que, conforme a los soportes de las actividades desarrolladas por el contratista y en cumplimiento del deber de supervisión, se evidencia que el contratista:

NO	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.	
SI	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos:	X

CUOTA No.	7	VALOR CUOTA	$ 2,000,000	FECHA COBRO	29/12/2023

OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR
(Consignar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR

Certifico que como supervisor verifiqué que el contratista *(cumplió/no cumplió)* con los aportes a la seguridad social conforme a las disposiciones legales vigentes.

SI cumplió	X	**NO** cumplió	

Carlos Alberto Becerra Chavez	Jefe de Oficina Planeacion De La Operación	Carl Alb B C
Nombre completo supervisor	**Cargo**	**Firma**
Designado Supervisor mediante	*Claúsula Vigésima - Supervisión y Control:La supervisión y control del presente contrato la ejercerá el jefe de la Oficina de Planeación*	

Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.

metrocali	**PUBLICACIÓN EVIDENCIAS EN EL SECOP II** PERIODO DEL 23 DEL MES DE NOVIEMBRE AL 29 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023. *Este documento debe subirse al SECOPII en PDF, No escanear*

Número del contrato *Escriba el número completo del contrato*	917.104.2.770.2023
Nombre del contratista *Indicar el nombre y apellido del contratista tal y como esta en el contrato*	Tito Florentino Asprilla Valencia
Cédula No. *Escriba el número de la cedula del contratista*	1.193.250.611
Nombre y cargo del supervisor *Escriba el nombre completo y cargo del supervisor del contrato*	Carlos Alberto Becerra Chávez Jefe de la Oficina de Planeación de la Operación

Evidencias cuota No. 7 de 7 *(Indicar el número de la cuota a la que corresponde la evidencia y el numero tola de cuotas del contrato)*	
Enlace (Link) del DRIVE. *Copie el enlace útil*	https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/ofplaneacionope_metrocali_gov_co/Documents/Tito%20Florentino%20Asprilla%20Valencia/917.104.2.770.2023/Diciembre?csf=1&web=1&e=IPpxXy

Captura del contenido de la carpeta del contratista de la cuota

(incluir un pantallazo del detalle de la carpeta al mes que corresponda)



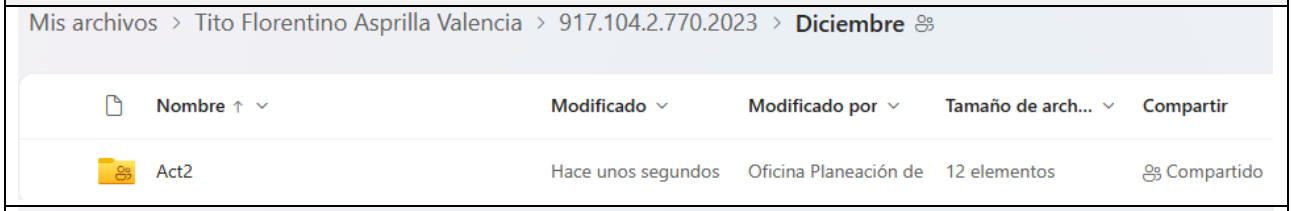
Nombre	Modificado	Modificado por	Tamaño de arch...	Compartir
Agosto	30 de agosto	Oficina Planeación de	3 elementos	Compartido
Diciembre	20 de diciembre	Tito Florentino Asprilla	1 elemento	Compartido
Julio	4 de julio	Oficina Planeación de	5 elementos	Compartido
Junio	26 de junio	Oficina Planeación de	5 elementos	Compartido
Noviembre	27 de noviembre	Tito Florentino Asprilla	3 elementos	Compartido
Octubre	31 de octubre	Oficina Planeación de	4 elementos	Compartido
septiembre	22 de septiembre	Tito Florentino Asprilla	5 elementos	Compartido

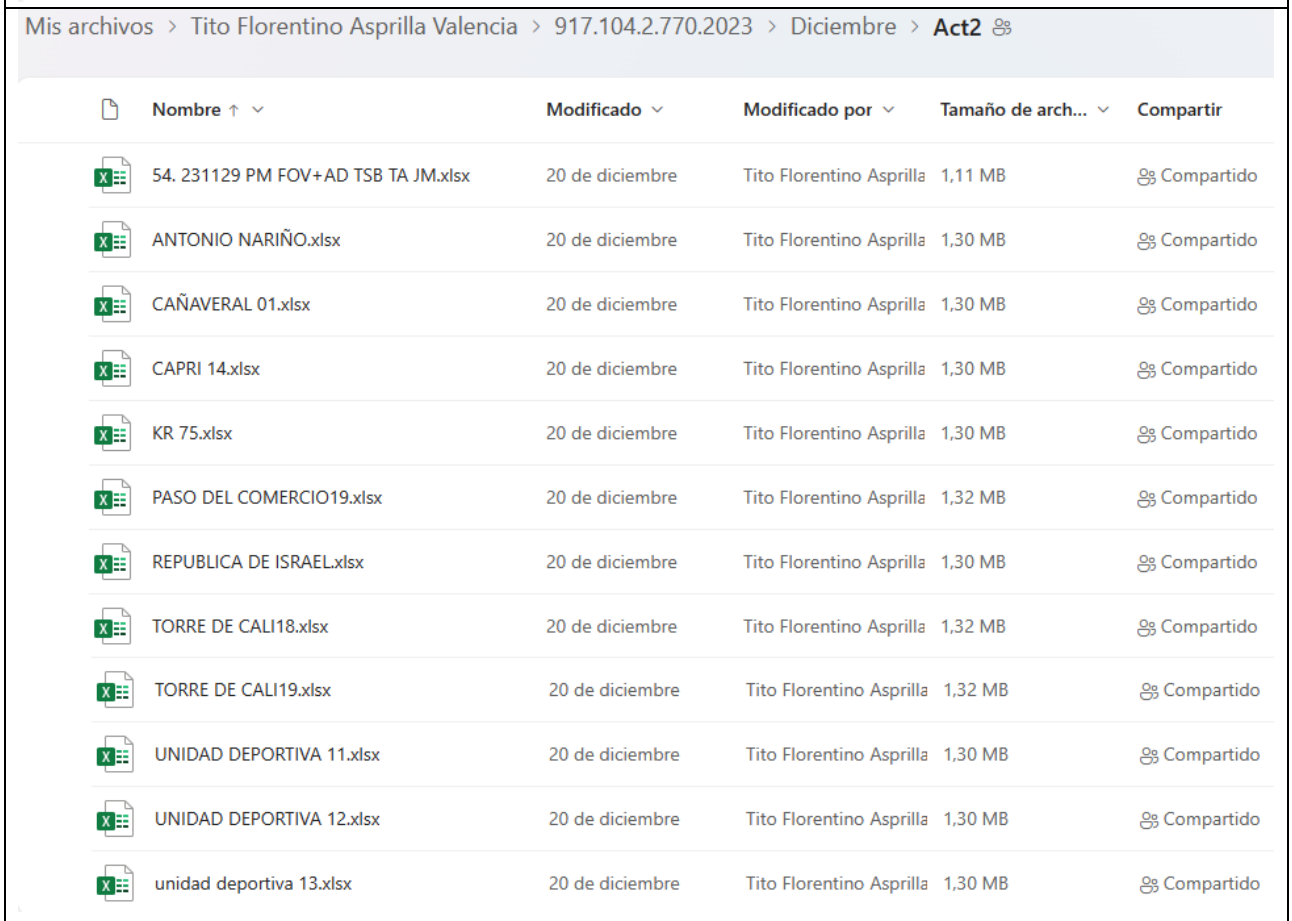
PUBLICACIÓN EVIDENCIAS EN EL SECOP II
PERIODO DEL 23 DEL MES DE NOVIEMBRE AL 29 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023.

Este documento debe subirse al SECOPII en PDF, No escanear

Captura del contenido de la carpeta del contratista de la cuota

(incluir un pantallazo del detalle de la carpeta al mes que corresponda)





metrocali	**ACTA DE PAGO N°7** **PERSONA NATURAL**

En calidad de SUPERVISOR del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 917.104.2.770.2023 de 16/06/2023, suscrito entre **Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración** y TITO FLORENTINO ASPRILLA identificado con C.C. 1.193.250.611, cuyo objeto es PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES, INFORMO el cumplimiento de las obligaciones contractuales correspondientes a la cuota N° 7.

Dicho contrato se encuentra amparado con la Disponibilidad Presupuestal No. 20230267, de fecha 01/06/2023 y Registro Presupuestal No. 20231077 de fecha 16/06/2023, y modificatorio N°1 de fecha 23/10/2023 amparado con la Disponibilidad Presupuestal N° 20230391, de fecha 17/10/2023 y Registro Presupuestal N° 20231846 de fecha 23/10/23.

Igualmente, informo que el contratista presentó la planilla de aportes a la seguridad social pagada, cumpliendo con las obligaciones derivadas de afiliación y pago con los sistemas de salud, riesgos profesionales, y pensiones. Lo anterior se resume así:

SEGURIDAD SOCIAL		Periodo pagado	NOVIEMBRE DICIEMBRE
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	EPS SANITAS S.A.	4526567297 4529339821	145.000 145.000
PENSIÓN	PORVERNIR	4526567297 4529339821	185.600 185.600
ARL	POSITIVA	4526567297 4529339821	12.200 12.200

Por lo anterior se puede proceder al pago del contratista de acuerdo al siguiente estado fiscal:

CONCEPTO	VALOR
Factura No. (Cuando aplique)	
Fecha Factura (Cuando aplique)	(dd/mm/aaaa)
Total cuotas por pagar	7
Cuota a pagar	7
Valor Contrato	$10.0000.000
Adición Otro Sí	$4.000.000
Saldo del Contrato	$2.000.000
Valor del Pago	$2.000.000
Saldo después de este pago	$0

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los veintidós (22) días del mes de DICIEMBRE de año 2023.

Carl Alb B Ch

CARLOS ALBERTO BECERRA CHÁVEZ
JEFE DE OFICINA PLANEACIÓN DE LA OPERACIÓN

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193250611
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			TITO FLORENTINO ASPRILLA VALENCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA. 40 #55-50	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4526567297	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	noviembre AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/11/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996776832

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP			MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA		COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:											$ 185.600	$ 0	$ 185.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.200	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 12.200
SUBTOTALES:									$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 12.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																									SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
1	CC 1193250611	ASPRILLA VALENCIA TITO FLORENTINO	XDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.160.000			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 11932506 1	$ 12.200	30	$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	$ 342.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193250611
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TITO FLORENTINO ASPRILLA VALENCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA. 40 #55-50	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4529339821	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/12/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996792031

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185,600	$ 0	$ 185,600
SUBTOTALES:										$ 185,600	$ 0	$ 185,600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145,000	$ 0	$ 0	$ 145,000
SUBTOTALES:													$ 145,000	$ 0	$ 0	$ 145,000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12,200	$ 12,200	$ 0	$ 0	$ 12,200
SUBTOTALES:									$ 12,200	$ 0	$ 0	$ 12,200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP													
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1193250611	ASPRILLA VALENCIA TITO FLORENTINO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,160,000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1,160,000	$ 185,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185,600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,160,000	$ 145,000	$ 0	$ 145,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,160,000	119325061	$ 12,200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 342,800

Planilla Pagada

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9442313920 DV: 691851
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 30/11/2023 10:54:23
PAP: 914398
Identificacion: 1193250611
Nombre: TITO FLORERNTINO
Apellido 1: ASPRILLA
Apellido 2: NN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 4526567297
Periodo Pago: 2023/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1193250611Valor: $342.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9442693181 DV: 504783
Cliente: 10263 PILA RECAUDO
Fecha: 01/12/2023 09:24:46
PAP: 915099
Identificacion: 1193250611
Nombre: TITO
Apellido 1: ASPRILLA
Apellido 2: AGA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3163494431
Codigo Planilla: 4529339821
Periodo Pago: 2023/12
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1193250611Valor: $342.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

CSB