ECHEVERRY PEREZ LTDA
NIT: 800067825-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Persona Jurídica
CRA 2 No. 4-45, Popayan, Cauca, Colombia
Tel. 3009109188
Email. info@echeverryperez.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764066275644 válida desde 2024-02-27 hasta 2025-02-27 rango desde FELE2001 hasta FELE4000.

Cliente:	ALCALDIA MAYOR DE POPAYAN MUNICIPIO DE POPAYAN
NIT :	891580006
Dirección:	CR 6 NO 4 21 CENTRO, Popayan, Cauca, Colombia
Teléfono:	8241500
Email:	secretariageneral@popayan.gov.co
Tipo de negociación:	Crédito
Medio de Pago:	Efectivo
Fecha de Pago:	01/05/2024
Total de Lineas:	2

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	FELE2093
MONEDA:	COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN:	19:00:00
FECHA FIRMADO:	23/04/2024 10:01:33

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
23	04	2024	01	05	2024

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	false	[PERM10] PERSONAL EN MISION	94	1,00	$69.991.701,67				0,00	$69.991.701,67
2	AIUSEGF	AIU 10%	94	1,00	$7.776.855,74	IVA	19%	$1,477,602.59	0,00	$7.776.855,74

Notas:
Periodo facturado 2024-03-22 hasta 2024-04-21

SON: (setenta y nueve millones doscientos cuarenta y seis mil ciento sesenta pesos)
CUFE: e0eb2d4ba3dc4390c3da647a52ae9f9eb24333c72f8174761f4e0ab00413fef571c56d4f43ead2e85dccf94b371f6473

Subtotal:	$77.768.557,41
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
IVA:	$1.477.602,59
Total:	$79.246.160,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	$7.776.855,74	19,00%	$1.477.602,59

Firma Digital: gOcQvUqhHcMP9Hd5g5WtN0p50W0opfK66EmTktUNWZtfGLFonjRsXWe8jx+SVkIjN
FKGxHwER1HVCpGk/BPEpkHk/YZNx4qtRziLPITy8KZpfTPmCIm
uLNvR+jD1UfTS7 qygJRgLLNwIciioJFOCoF3BqRPmdoKi1sq4cHgXfalKzoKXDsfJ9xZbjvwjeSSXo StbGgOOPXbC820WyJ+mnueS4AFFCj7oiH+
lejx5HtQnFSb6l/eu8IBF1Bcqyfu+ NTu0/hA7WvQWZ6fcDCuFHxdDM/YhFDReszM7M+A1Itq/UTFzh9LdovNCVZnfVmkc gAPeO5/7hgGCXBOWjJn
mA==

Esta factura es un titulo valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0 PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8
facturatech

ECHEVERRY PEREZ LTDA
NIT: 800,067,825-1
ANEXO CUENTA DE COBRO PERSONAL EN MISION
ALCALDIA - SECRETARIA DE TRÁNSITO
22 DE MARZO AL 21 DE ABRIL 2024

No.	NOMBRE	CEDULA	INICIO	CARGO	MENSUAL	No. DIAS	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
1	JENNY ROCIO ORTEGA		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
2	JULIET ANDREA VELAZCO		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
3	ESTIVEN CAMACHO MIESTIZO		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
4	RAMIRO GONZALES VERA		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
5	JUAN CARLOS QUILINDO GALLEGO		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
6	LUIS FERNANDO YUNDA BALCAZAR		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
7	CARLOS ARBEY GUITIERREZ IDROBO		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
8	LEYDY YULIETH ESCUDERO CANO		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
9	JUAN GABREIL LLANTEN RUIZ		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
10	EDWIN CORDOBA ACOSTA		2024-03-22	AGENTE	$ 3,098,700	30	$ 3,098,700	
11	JHON JAIRO MEJIA		2024-04-23	AGENTE	$ 3,098,700	4	$ 413,160	Renuncio 26/04/24
12	VICTOR HUGO AYALA		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
13	CARLOS ALIRIO MORALES		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
14	LUZ ADRIANA VELASQUE		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
15	ENNA JHOJANA QUINTERO RIAZCOS		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
16	MENANDRO HOYOS ANACONA		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
17	JENNY ORFANNYMOSQUERA BASTIDAS		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
18	GERALDO ARAUJO		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
19	ADRIAN FELIPE NAVARRO ORTEGA		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
20	JHON JAIRO JIMENEZ YUNDA		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
21	JHONNY ANGELO BADOS		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
22	LISET CATERINE ORTIZ		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
23	LILIANA RUIZ BURBANO		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
24	JUAN MANUEL RAMIREZ ESPAÑA		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
24	VALERIA TOBAR CASTILLO		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
25	DOLLY AMELIA RODRIGUEZ CAMPO		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
26	JELMER FRANCISCO GIRALDO CERQUERA		2024-03-22	REGULADOR	$ 2,820,000	30	$ 2,820,000	
27	DANIEL ENRIQUE BOHORQUEZ		2024-03-23	REGULADOR	$ 2,820,000	29	$ 2,726,000	
	VALOR TOTAL						**$ 79,246,160**	

ECHEVERRY PEREZ LTDA
Gestión Integral de personal
NIT 800067825-1

CERTIFICACIÓN DE PAGO OPORTUNO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES

A: 22 de abril de 2024

Los suscritos: ***ANA MARIA GUINAND ROBLEDO,*** Representante Legal identificado con cédula de ciudadanía No 41.893.220 de Armenia y **PAULA ANDREA LUNA ARGOTE** con cédula de ciudadanía No 34.321.241 de Popayán, Revisor Fiscal de la empresa **ECHEVERRY PEREZ LTDA**, con NIT 800.067.825-1 de conformidad con el artículo 11 del decreto 1406 de 1999 y de la Ley 789 de 2002, articulo 50 certifican, bajo la gravedad del juramento:

1 Que la información contenida en las declaraciones de las Autoliquidaciones de aportes al sistema, en particular a la relativa de los afiliados y la correspondiente a sus ingresos base de cotización es correcta.

2 Que la empresa ECHEVERRY PEREZ LTDA. se encuentra durante LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES, a paz y salvo por concepto de obligaciones con el Sistema de Salud hasta el mes de abril de 2024, Riesgos Profesionales, Pensión, Aportes a Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA hasta el mes de marzo de 2024.

3 Que la empresa ECHEVERRY PEREZ LTDA se encuentra a la fecha a paz y salvo por concepto de obligaciones de Prestaciones Sociales de toda su nómina.

Dado en Popayán, Cauca a los veintidós (22) días del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente,

ANA MARIA GUINAND ROBLEDO
Representante Legal
C.C. 41.893.200 de Armenia

Paula Andrea Luna A

PAULA ANDREA LUNA ARGOTE
Revisor Fiscal
TP. 137588-T

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ECHEVERRY PEREZ LTDA **Identificación:** NI-800067825 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2024-04-24 **Fecha limite de pago:** 2024-04-05 **Fecha de pago:** 2024-04-05 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2024-03 **Período salud:** 2024-04 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 29503968	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	37	$0	$0	$0	$7.481.200	$7.481.200	☐
230301	800224808	PORVENIR	132	$0	$0	$0	$27.376.800	$27.376.800	☐
231001	800227940	COLFONDOS	7	$0	$0	$0	$1.077.300	$1.077.300	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	56	$0	$0	$0	$11.467.000	$11.467.000	☐
Subtotal Pensión		4	232	$0	$0	$0	$47.402.300	$47.402.300	
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	53	$0	$0	$0	$2.533.600	$2.533.600	☐
EPS008	860066942	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	2	$0	$0	$0	$117.600	$117.600	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	3	$0	$0	$0	$138.200	$138.200	☐
EPS012	890303093	COMFENALCO VALLE E.P.S.	3	$0	$0	$0	$153.600	$153.600	☐
EPS018	805001157	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	15	$0	$0	$0	$703.000	$703.000	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	66	$0	$0	$0	$4.100.700	$4.100.700	☐
EPS041	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS	8	$0	$0	$0	$225.900	$225.900	☐
EPSIC3	817001773	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	17	$0	$0	$0	$1.073.500	$1.073.500	☐
ESSC18	901021565	Asociacion Mutual Empresa Solidaria de salud de Narino EMSSANAR E.S.S	17	$0	$0	$0	$714.600	$714.600	☐
ESSC24	900226715	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S	2	$0	$0	$0	$129.000	$129.000	☐
ESSC62	900935126	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	20	$0	$0	$0	$982.700	$982.700	☐

MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	4	$0	$0	$0	$212.000	$212.000	☐
Subtotal Salud		12	210	$0	$0	$0	$11.084.400	$11.084.400	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	234	$0	$0	$0	$6.444.000	$6.444.000	☐
Subtotal ARL		1	234	$0	$0	$0	$6.444.000	$6.444.000	
CCF14	891500182	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA	218	$0	$0	$0	$10.950.000	$10.950.000	☐
CCF43	890000381	Caja de Compensacion Familiar de Fenalco COMFENALCO QUINDIO	2	$0	$0	$0	$129.100	$129.100	☐
CCF56	890303093	Caja de Compensacion Familiar Comfenalco del Valle del Cauca COMFENALCO VALLE	2	$0	$0	$0	$52.000	$52.000	☐
CCF57	890303208	Caja de Compensacion Familiar del Valle del Cauca COMFAMILIAR ANDI COMFANDI	12	$0	$0	$0	$561.400	$561.400	☐
Subtotal CCF		4	234	$0	$0	$0	$11.692.500	$11.692.500	
GRAN TOTAL				$0	$0	$0	$76.623.200	$76.623.200	

Imprimir Descargar Resumen

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1002957032
NOMBRE EMPLEADO	DANIEL ENRRIQUE BOHORQUEZ VARGAS
EPS	Asociacion Mutual Empresa Solidaria de salud de Narino EMSSANAR E.S.S
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	23/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
8	346.667	0,1600000	$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
8	346.667	0,0400000	$ 13.900	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1061539181
NOMBRE EMPLEADO	JHON JAIRO JIMENEZ YUNDA
EPS	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SIn inicio	Fecha SIn Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1061816842
NOMBRE EMPLEADO	LUIS FERNANDO YUNDA BALCAZAR
EPS	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-34561451
NOMBRE EMPLEADO	DOLLY AMELIA RODRIGUEZ CAMPO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-10181238
NOMBRE EMPLEADO	RAMIRO VERA GONZALEZ VERA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1061708595
NOMBRE EMPLEADO	JUAN CARLOS QUILINDO GALLEGO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-76316771
NOMBRE EMPLEADO	ADRIAN FELIPE NAVARRO ORTEGA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-10293191
NOMBRE EMPLEADO	EDWIN CORDOBA ACOSTA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-34548765
NOMBRE EMPLEADO	LILIANA RUIZ BURBANO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1059842812
NOMBRE EMPLEADO	JELMER FRANCISCO GIRALDO CERQUERA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1002965370
NOMBRE EMPLEADO	ESTIVEL CAMACHO MESTIZO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-76328138
NOMBRE EMPLEADO	CARLOS ARBEY GUTIERREZ IDROBO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-25497945
NOMBRE EMPLEADO	ENNA JHOJANA QUINTERO RIASCOS
EPS	Asociacion Mutual Empresa Solidaria de salud de Narino EMSSANAR E.S.S
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1061772741
NOMBRE EMPLEADO	VALERIA TOBAR CASTILLO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1000640482
NOMBRE EMPLEADO	LEIDY YULIETH ESCUDERO CANO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1123316175
NOMBRE EMPLEADO	JUAN MANUEL RAMIREZ ESPAÑA
EPS	Asociacion Mutual Empresa Solidaria de salud de Narino EMSSANAR E.S.S
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-4763639
NOMBRE EMPLEADO	MENANDRO HOYOS ANACONA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-25278679
NOMBRE EMPLEADO	JENNY ORFANNY MOSQUERA BASTIDAS
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

NG	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	23/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
8	346.667	0,1600000	$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
8	346.667	0,0400000	$ 13.900	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-10299679
NOMBRE EMPLEADO	JUAN GABRIEL LLANTEN RUIZ
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-25283919
NOMBRE EMPLEADO	JENNY ROCIO ORTEGA BURBANO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-76318021
NOMBRE EMPLEADO	VICTOR HUGO AYALA ORTIZ
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	COLFONDOS
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1061783134
NOMBRE EMPLEADO	JULIETH ANDREA VELASCO LOPEZ
EPS	EPS SURA
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	438.000	0,1600000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	438.000	0,0400000	$ 17.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1061086193
NOMBRE EMPLEADO	LUZ ADRIANA VELASQUEZ PAZ
EPS	Asociacion Mutual Empresa Solidaria de salud de Narino EMSSANAR E.S.S
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-10547848
NOMBRE EMPLEADO	CARLOS ALIRIO MORALES MARTINEZ
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-10308621
NOMBRE EMPLEADO	JHONNY ANGELO BADOS TAIMAL
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo

SOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ECHEVERRY PEREZ LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-800067825
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-04-05
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-15814275
NOMBRE EMPLEADO	GERARDO ARAUJO PEREZ
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	29503968
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2024-03
PERÍODO SALUD	2024-04
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3782001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio
X	22/03/24																					

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenid
				Afiliado	Aportante				
9	390.000	0,1600000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valo
9	390.000	0,0400000	$ 15.600	$ 0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

POPAYÁN, CAUCA, 26/05/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **ECHEVERRY PEREZ LIMITADA** con **NIT 8000678251** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS
Número 0550196000145207

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14959686019

(415)7707212489984(8020) 000001495968601 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 7 8 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
ECHEVERRY PEREZ LIMITADA

36. Nombre comercial
ECHEVERRY PEREZ

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal
CR 2 4 45 IN A

42. Correo electrónico amguinand@gruposvg.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 9 1 0 9 1 8 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 8 2 0	1 9 8 9 0 5 3 0						1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
		57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 10 - 27 / 12 : 29: 41

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUINAND ROBLEDO ANA MARIA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14959686019

(415)7707212489984(8020) 000001495968601 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 7 8 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 0	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	1 4 0 5	1 6 6
73. Fecha	1 9 8 9 0 5 3 0	2 0 1 9 0 2 0 1
74. Número de notaría	2	2
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 8 9 0 6 2 6	2 0 1 9 0 2 0 8
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 2 6 4 8 2	0 0 0 4 4 8 6 1
78. Departamento	1 9	1 9
79. Ciudad/Municipio	2 8	2 8
Vigencia		
80. Desde	1 9 8 9 0 5 3 0	2 0 1 9 0 2 0 1
81. Hasta	2 0 5 0 1 2 3 1	2 0 5 0 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14959686019

(415)7707212489984(8020) 000001495968601 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 7 8 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 5 0 9 1 5		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 1 8 9 3 2 2 0		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GUINAND	ROBLEDO	ANA	MARIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 5 1 0 2 0		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 4 2 2 9 6 1 5		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ECHEVERRY	GUZMAN	CESAR	AUGUSTO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14959686019

(415)7707212489984(8020) 000001495968601 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 7 8 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 4 2 2 9 6 1 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ECHEVERRY	GUZMAN	CESAR	AUGUSTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
199,950,000	9 9 . 9 7 5	2 0 1 5 1 2 1 1	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	4 1 8 9 3 2 2 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GUINAND	ROBLEDO	ANA	MARIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
50,000	0 . 0 2 5	2 0 1 5 1 2 1 1	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14959686019

(415)7707212489984(8020) 000001495968601 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 7 8 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 4 3 2 1 2 4 1		1 3 7 5 8 8 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
LUNA	ARGOTE	PAULA	ANDREA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 9 0 1 1 4

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 7 1 9 6 5 4 4	3	2 3 7 8 4 8 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CORTEZ	BELALCAZAR	EDWIN	ALBEIRO

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 0 6 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14959686019

(415)7707212489984(8020) 000001495968601 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 6 7 8 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de empresas de servicios temporales. 7 8 2 0	

162. Nombre del establecimiento: ECHEVERRY PEREZ

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cauca 1 9	Popayán 0 0 1	

165. Dirección: CR 2 4 45 IN A

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 2 6 4 8 3	1 9 8 9 0 6 2 6	
168. Teléfono: 8 3 7 5 8 5 9	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Popayán, No. 20241800010297

Señores
ECHEVERRY PEREZ LIMITADA
Nit No. 800.067.825-1
Representante Legal. Ana María Guinand Robledo
Dirección: Carrera 2 # 4 – 45 Interior A
Teléfono: 3155798372 - 3009109188

REF. Comunicación de aceptación de la oferta INVITACIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No. MP-ST-MC-001-2024.

EL MUNICIPIO DE POPAYÁN se permite comunicarle que su propuesta ha sido aceptada expresa e incondicionalmente, de conformidad con lo dispuesto en el art. 94 de la ley 1474 de 2011 y el numeral 7 y 9 del artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015, celebrándose un contrato, que se regirá entre otras por las siguientes cláusulas:

PRIMERO. OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARÍA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN".

SEGUNDA. VALOR DEL CONTRATO: El valor del contrato se pacta en la suma de OCHENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($84.500.000) IVA INCLUIDO – si aplica- A MONTO AGOTABLE, valor que se encuentra respaldado presupuestalmente con el siguiente certificado de disponibilidad presupuestal:

CDP	VALOR	OBJETO DEL GASTO	PRODUCTO CPC
2024.CEN.01.1270	$84.500.000	AC.2.3.2.02.02.008.055 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN – SERVICIO DE CONTROL A LA SEGURIDAD VIAL	85190 – OTROS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL EMPLEO

PARAGRAFO PRIMERO. El valor unitario a reconocer por concepto de reguladores o auxiliar vial y agentes de tránsito, son los siguientes:

ITEM	Código UNSPSC	Descripción	Unidad	VALOR UNITARIO A PAGAR AL MES
1	80111600	AUXILIAR DE APOYO VIAL – REGULADOR DE TRÁNSITO Perfil: BACHILLER CON EXPERIENCIA LABORAL MINIMA DE 3 MESES.	UN	$2.820.000
2	80111600	AGENTE DE TRANSITO. Perfil: FORMACIÓN TECNICA PROFESIONAL O TECNICA LABORAL EN TRANSITO Y TRANSPORTE, O TRANSITO Y TRANSPORTE Y SEGURIDAD VIAL, O AGENTE DE TRANSITO	UN	$3.098.700

TERCERA. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de un (1) mes o hasta agotar el valor total del contrato, lo que ocurra primero, contados a partir del inicio en la plataforma SECOP II, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato.

CUARTA. FORMA DE PAGO: EL MUNICIPIO DE POPAYÁN pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante una única acta a la terminación del contrato, de acuerdo a la prestación efectiva del servicio y de conformidad con la propuesta presentada, previa presentación de la cuenta de cobro y/o factura o documento equivalente y de la constancia de recibo a satisfacción de los servicios, suscrita por el supervisor del contrato.

Para efectos de realizarse los pagos, EL CONTRATISTA debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad social (salud, pensión y riesgos) y parafiscales (SENA, ICBF y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR).

PARAGRAFO PRIMERO: El MUNICIPIO DE POPAYÁN solo pagará lo debidamente ejecutado y soportado por parte del contratista con la factura respectiva, en el plazo y condiciones convenidas, a través de la cuenta de ahorros y/o corriente que disponga el contratista acorde con la certificación expedida por la entidad financiera aportada por el contratista.

PARAGRAFO SEGUNDO: La entidad no reconocerá pagos respecto de servicios que no hubieren sido previamente requeridos o autorizados por el supervisor del contrato o quien ejerza su apoyo.

QUNTA. OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Las obligaciones son las establecidas en el numeral 3.2. y 3.3. de la invitación pública de mínima cuantía.

SEXTA. CLAUSULA PENAL: En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento el contratista pagará al MUNICIPIO DE POPAYÁN a título de pena, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, suma que se hará efectiva mediante el cobro de la garantía única de cumplimiento o a su elección de los saldos que adeude al contratista, si los hubiere, para lo cual se entiende expresamente autorizado con la suscripción del contrato; si esto no fuere posible, se cobrará por vía de jurisdicción coactiva. La aplicación de la cláusula penal, no exime del cumplimiento de la obligación principal, pues, se pacta por el mero retardo.

SEPTIMA. SUPERVISOR: EL MUNICIPIO DE POPAYÁN ejercerá la supervisión del contrato a través de la Secretaria de Tránsito y Transporte del Municipio o quien haga sus veces, supervisión que será desarrollada conforme a las disposiciones de la Ley 1474 de 2011, la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.

OCTAVA. GARANTIAS: El contratista deberá constituir a su costa y a favor de la entidad, ante una compañía de seguros o una institución bancaria legalmente establecida en el país

que cubra los siguientes riesgos y por los valores, plazos y condiciones que a continuación se precisan:

a) Cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del mismo, por una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.
b) Pagos de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal que emplee en la ejecución del contrato, por una cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato y con una vigencia igual al plazo de ejecución y tres (3) años más.
c) Calidad del servicio por un valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato, con una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.
d) Responsabilidad civil extracontractual. Garantía que no podrá ser inferior a doscientos (200) SMMLV vigente durante el plazo de ejecución del contrato.

El Contratista está obligado a restablecer el valor de la garantía cuando esta se vea reducida por razón de las reclamaciones que efectúe la Entidad, así como, a ampliar las garantías en los eventos de adición y/o prórroga del contrato. El no restablecimiento de la garantía por parte del Contratista o su no adición o prórroga, según el caso, constituye causal de incumplimiento del Contrato y se dará inicio a los procesos sancionatorios a que haya lugar.

NOVENO. DOMICILIO CONTRACTUAL, Para todos los efectos que tengan relación con el presente Contrato se señala el Municipio de Popayán como domicilio contractual.

DECIMO. DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO: Hacen parte del contrato el estudio previo, la invitación pública, los informes de evaluación y la oferta del proponente, por lo tanto, el CONTRATISTA, debe dar cabal cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones establecidas en los mismos para el correcto desarrollo y ejecución del contrato.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-44-101061185	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	03	2024	21	03	2024	00:00	21	04	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	ECHEVERRY PEREZ LIMITADA		NIT: 800.067.825-1
DIRECCIÓN: KR 2 NRO. 4 - 67	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO:	8208097

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	MUNICIPIO DE POPAYAN		NIT: 891.580.006-4
DIRECCIÓN: CR 6 N NRO. 4 - 21 EDIFC CAM	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO	8243075

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 20241800010297, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	21/03/2024	21/08/2024	$16,900,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	21/03/2024	21/08/2024	$8,450,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	21/03/2024	21/04/2027	$8,450,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******07,933.00	$ *******8,000.00	$ ******18,227.00	$ **********114,161.00	$ *******33,800,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LUIS FERNANDO RESTREPO GRANADOS	10016	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-44-101061185

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-46-101006686	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
07	02	2024	24	01	2024	00:00	01	03	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ECHEVERRY PEREZ LIMITADA	NIT: 800.067.825-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CARRERA 2 4 - 45 INT. A	POPAYAN, CAUCA	8208097

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE POPAYAN	NIT: 891.580.006-4

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 6 N NRO. 4 - 21 EDIFC CAM	POPAYAN, CAUCA	8243075

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 202410000737 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR EL PERSONAL EN MISION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CONDUCCION Y MANTENIMIENTO DE LOS BIENES INMUEBLES DE ACUERDO A LOS ESTUDIOS ELABORADOS POR EL MUNICIPIO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CALIDAD DEL SERVICIO	24/01/2024	01/07/2024	$8,306,278.40	$8,306,278.40
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	24/01/2024	01/07/2024	$8,306,278.40	$8,306,278.40
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	24/01/2024	01/03/2027	$12,459,417.60	$12,459,417.60

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO ACLARAMOS LA VIGENCIA DE LA POLIZA ARRIBA CITADA, A SOLICITUD DE LA ENTIDAD ASEGURADA. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ *******29,071,974.40	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
LUIS FERNANDO RESTREPO GRANADOS	10016	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-46-101006686

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-44-101061185	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
22	03	2024	22	03	2024	00:00	22	04	2027	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
ECHEVERRY PEREZ LIMITADA		NIT: 800.067.825-1
DIRECCIÓN: KR 2 NRO. 4 - 67	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO: 8208097

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE POPAYAN		NIT: 891.580.006-4
DIRECCIÓN: CR 6 N NRO. 4 - 21 EDIFC CAM	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO 8243075
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 20241800010297, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/03/2024	22/08/2024	$16,900,000.00	
CALIDAD DEL SERVICIO	22/03/2024	22/08/2024	$8,450,000.00	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	22/03/2024	22/04/2027	$8,450,000.00	

ACLARACIONES

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA ACLARAR LA FECHA DE INICIO EN LA POLIZA ARRIBA CITADA DE ACUERDO CON EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 20241800010297.
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******87,933.00	$ *******8,000.00	$ ******18,227.00	$ **********114,161.00	$ *******33,800,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LUIS FERNANDO RESTREPO GRANADOS	10016	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-44-101061185

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-40-101016864	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	03	2024	21	03	2024	00:00	21	04	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
ECHEVERRY PEREZ LIMITADA		NIT: 800.067.825-1	
DIRECCIÓN: KR 2 NRO. 4 - 67	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO:	8208097

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
MUNICIPIO DE POPAYAN		NIT: 891.580.006-4	
DIRECCIÓN: CR 6 N NRO. 4 - 21 EDIFC CAM	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO	8243075
BENEFICIARIO: 891580006 - MUNICIPIO DE POPAYAN	ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 20241800010297. CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	21/03/2024	21/04/2024	$260,000,000.00

ACLARACIONES

RACHANTE

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******55,205.00	$ *******3,000.00	$ ******11,059.00	$ **********69,264.00	$ ******260,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LUIS FERNANDO RESTREPO GRANADOS	10016	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-40-101016864

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RAPIESTADO

RCE CONTRATO ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-54-101000635	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	01	2024	24	01	2024	00:00	21	02	2024	23:59	ANEXO NO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
ECHEVERRY PEREZ LIMITADA	NIT: 800.067.825-1	8208097

DIRECCIÓN: CARRERA 2 4 - 45 INT. A — CIUDAD: POPAYAN, CAUCA

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
MUNICIPIO DE POPAYAN	NIT: 891.580.006-4	8243075

DIRECCIÓN: CR 6 N NRO. 4 - 21 EDIFC CAM — CIUDAD: POPAYAN, CAUCA

BENEFICIARIO: 891580006 - MUNICIPIO DE POPAYAN Y/O TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D001, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL TOMADOR/ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO. 20241800000737 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR EL PERSONAL EN MISION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CONDUCCION Y MANTENIMIENTO DE LOS BIENES INMUEBLES DE ACUERDO A LOS ESTUDIOS ELABORADOS POR EL MUNICIPIO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	24/01/2024	21/02/2024	$260,000,000.00	
DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV				
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	24/01/2024	21/02/2024	$260,000,000.00	
DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV				

ACLARACIONES

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA ACLARAR LOS ASEGURADOS EN LA POLIZA ARRIBA CITADA SEGUN CONTRATO No. 20241800000737
ASEGURADOS: MUNICIPIO DE POPAYAN CON NIT 891.580006-4 Y ECHEVERRY PEREZ LIMITADA NIT. 800067825 1
BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS Y MUNICIPIO DE POPAYAN CON NIT 891.580006-4
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ ******260,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LUIS FERNANDO RESTREPO GRANADOS	10016	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-54-101000635
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-40-101016864	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
22	03	2024	22	03	2024	00:00	22	04	2024	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN NIT: 800.067.825-1
ECHEVERRY PEREZ LIMITADA	
DIRECCIÓN: KR 2 NRO. 4 - 67	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA — TELÉFONO: 8208097

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.006-4
MUNICIPIO DE POPAYAN	
DIRECCIÓN: CR 6 N NRO. 4 - 21 EDIFC CAM	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA — TELÉFONO 8243075
BENEFICIARIO: 891580006 - MUNICIPIO DE POPAYAN	ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 20241800010297, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	22/03/2024	22/04/2024	$260,000,000.00	

ACLARACIONES

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA ACLARAR LA FECHA DE INICIO EN LA POLIZA ARRIBA CITADA DE ACUERDO CON EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 20241800010297.
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******55,205.00	$ ******3,000.00	$ ******11,059.00	$ **********69,264.00	$ ******260,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LUIS FERNANDO RESTREPO GRANADOS	10016	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-40-101016864
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oleda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN No *20241000020104 del 22 de marzo de 2024*

POR MEDIO DE LA CUAL SE APRUEBA UNA PÓLIZA DE SEGUROS

La Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, en uso de sus facultades delegadas mediante Decreto No. 20221000002665 del 11 de agosto del 2022, por el cual se adopta el Manual de Contratación del Municipio de Popayán y;

CONSIDERANDO

PRIMERO: Que el Municipio de Popayán, Cauca, celebró con la sociedad ECHEVERRY PEREZ LIMITADA, identificada con el Nit No. 800.067.825, representada legalmente por Ana María Guinand Robledo identificada con cédula de ciudadanía No. 41.893.220 de Armenia, el contrato de prestación de servicios No. **20241800010297 del 20 de marzo de 2024.**

SEGUNDO: Dicho contrato tiene por objeto el de: "PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARÍA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN", fue suscrito por un valor total de Ochenta y Cuatro Millones Quinientos Mil Pesos M/Cte ($84.500.000) y con un plazo de ejecución de un (1) mes.

TERCERO: Que el contratista presentó para su aprobación, la póliza Única de Cumplimiento No. 40-44-101061185 y la póliza de Responsabilidad Civil extracontractual No. 40-40-101016864, expedidas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** con NIT. 860.009.578-6, las cual se encuentran conforme a lo indicado en la carta de aceptación, así:

GARANTÍA CUMPLIMIENTO			
AMPAROS Y VIGENCIAS			
AMPARO	VALOR ASEGURADO	FECHA	
		DESDE (dd/mm/aa)	HASTA (dd/mm/aa)
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	(20% del valor total del contrato) $16.900.000	22-03-2024	22-08-2024
CALIDAD DEL SERVICIO	(10% del valor total del contrato) $8.450.000	22-03-2024	22-08-2024
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	(10% del valor total del contrato) $8.450.000	22-03-2024	22-04-2027

RESOLUCIÓN No *20241000020104 del 22 de marzo de 2024*

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO: APROBAR la póliza Única de Cumplimiento No. 40-44-101061185 y la póliza de Responsabilidad Civil extracontractual No. 40-40-101016864, expedidas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** con NIT. 860.009.578-6, las cuales fueron presentadas por la sociedad **ECHEVERRY PEREZ LIMITADA,** identificada con el Nit No. 800.067.825, representada legalmente por Ana María Guinand Robledo identificada con cédula de ciudadanía No. 41.893.220 de Armenia.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de su publicación.

Dada en Popayán, Cauca, a los veintidós (22) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

PUBLIQUESE Y CUMPLASE,

ANA PATRICIA PRADO OJEDA
Jefe Oficina Asesora Jurídica
Alcaldía de Popayán

Proyectó: Ingrid Lisseth Macias checa - Abogada contratista Secretaría de Tránsito y Transporte
Revisó: Andrés Leguizamo Madrigal - Líder Contratación- Secretaría de Tránsito y Transporte
Revisó: Yanira Pismag- Abogada OAJ
Archivado Según TDR: Contrato

DEPARTAMENTO CAUCA

MUNICIPIO DE POPAYAN

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

VIGENCIA FISCAL - 2024

Nit. 891580006

Logo2

CÓDIGO: F-GF-131-02
Versión 01

INFORMACION GENERAL DEL CDP		
NÚMERO DE CDP	2024.CEN.01.1270	
FECHA DE EXPEDICIÓN	MAR.01.2024	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE TRANSITO	
CONCEPTO	PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISIÓN PARA LA SECRETARÍA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN.	
VALOR TOTAL DEL CDP	$ 84.500.000,00	**SON.** OCHENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/L.

PROYECTO DE INVERSION	
SECCION	AC-ADMINISTRACION CENTRAL
DEPENDENCIA	AC-106-SECRETARIA DE TRANSITO
SECTOR	AC-106-24-TRANSPORTE
PROGRAMA	AC-106-2409-SEGURIDAD DE TRANSPORTE (2409)
SUBPROGRAMA	AC-106-2409-0600-INTERSUBSECTORIAL TRANSPORTE
NUMERO DE PROYECTO	2024190010005 - FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN- 24 - TRANSPORTE- 2409 - SEGURIDAD DE TRANSPORTE (2409)

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL	
OBJETO DEL GASTO	AC.2.3.2.02.02.008.055 - SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN - SERVICIO DE CONTROL A LA SEGURIDAD VIAL
FUENTE O RECURSO	1271 - MULTAS DE TRANSITO Y TRANSPORTE - CONSECION CSF - FSV
PRODUCTO MGA	2409011 - SERVICIO DE CONTROL A LA SEGURIDAD VIAL
PRODUCTO CPC	85190 - OTROS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL EMPLEO
VALOR FUENTE	$ 84.500.000,00

ELABORADO POR
NAVARRO VIDAL CLAUDIA PATRICIA *JEFE DE PRESUPUESTO*

DEPARTAMENTO CAUCA

MUNICIPIO DE POPAYAN

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

REGISTRO PRESUPUESTAL

PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

VIGENCIA FISCAL - 2024

Nit. 891580006

CÓDIGO: F-GF-131-04
Versión 01

INFORMACION GENERAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL

NÚMERO DE REGISTRO	2024.CEN.01.01163	**FECHA DE EXPEDICIÓN**	MAR.21.2024
NÚMERO DE CDP	2024.CEN.01.1270		
DOCUMENTO DE CONTROL	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**NUMERO CONTRATO**	20241800010297
BENEFICIARIO	**800.067.825 - ECHEVERRY PEREZ LTDA**		
CONCEPTO DEL REGISTRO	PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISIÓN PARA LA SECRETARÍA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN.		
VALOR TOTAL DEL REGISTRO	**$ 84.500.000,00**	**SON.** OCHENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/L.	

PROYECTO DE INVERSION

SECCION	AC-ADMINISTRACION CENTRAL
DEPENDENCIA	AC-106-SECRETARIA DE TRANSITO
SECTOR	AC-106-24-TRANSPORTE
PROGRAMA	AC-106-2409-SEGURIDAD DE TRANSPORTE (2409)
SUBPROGRAMA	AC-106-2409-0600-INTERSUBSECTORIAL TRANSPORTE
PROYECTO	2024190010005 - FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN- 24 - TRANSPORTE- 2409 - SEGURIDAD DE TRANSPORTE (2409)

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

OBJETO DEL GASTO	AC.2.3.2.02.02.008.055-SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN - SERVICIO DE CONTROL A LA SEGURIDAD VIAL
FUENTE O RECURSO	1271-MULTAS DE TRANSITO Y TRANSPORTE - CONSECION CSF - FSV
PRODUCTO MGA	2409011 - SERVICIO DE CONTROL A LA SEGURIDAD VIAL
PRODUCTO CPC	85190 - OTROS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL EMPLEO
VALOR FUENTE	$ 84.500.000,00

RESPONSABLE	RECIBIDO POR:
NAVARRO VIDAL CLAUDIA PATRICIA *JEFE DE PRESUPUESTO*	FECHA:

	ALCALDIA DE POPAYAN	F-GC-CT-01
	ACTA DE SUPERVISION DE CONTRATO	Versión: 03
		Página 1 de 1

Popayán, 2024-03-22

Doctor
JUAN CARLOS MUÑOZ BRAVO
Alcalde de Popayán
Carrera 6 No. 4 – 21 CP 190003

Asunto: Aceptación de supervisión del Contrato de Prestación de Servicios de apoyo Nro. 20241800010297 el 20 de Marzo de 2024.

Cordial Saludo,

Por medio de la presente, manifiesto la aceptación de la supervisión del Contrato de Prestación de Servicios de servicios de apoyo Nro. 20241800010297 del 20 de Marzo de 2024, suscrito entre el Municipio de Popayán y **ECHEVERRY PÉREZ LTDA.,** identificado con el NIT No 800067825, cuyo objeto es: "PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISIÓN PARA LA SECRETARÍA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN".

De conformidad con lo anterior cumpliré mis deberes como supervisor del contrato, los cuales se encuentran consagrados en los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 y así como en el manual de contratación interno de la entidad.

Atentamente

MARÍA LILIANA VARGAS GUZMÁN
Secretaria de Tránsito y Transporte Municipal

Proyecto y Reviso: Andrés Leguizamo – Abogado Líder Jurídico Secretaría de Transito y Transporte.
Anexo: N/A
Copia: N/A
(Nombre de la Serie o Subserie)
Archivado en según TRD: (Nombre de la Serie o Subserie)

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.12037883
Número del contrato	20241800000737
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	CONTRATAR EL PERSONAL EN MISIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS BIENES INMUEBLES DE ACUERDO A LOS ESTUDIOS ELABORADOS POR EL MUNICIPIO.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	1/02/2024 2:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	28/02/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	28 Días
Tiempo adiciones en días	0 días
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	Sí No
Obligaciones Ambientales	Sí No
Obligaciones Pos Consumo	Sí No
Reversión	Sí No

Entidad Estatal

ALCALDÍA DE POPAYÁN

COLOMBIA, Popayán

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

ECHEVERRY PEREZ LTDA

COLOMBIA, Popayán

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
ECHEVERRY PEREZ LTDA	BANDO DAVIVIENDA	Ahorros	196000145207

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: ANA MARIA GUINAND ROBLEDO *Fecha de aprobación:* 24/01/2024 10:30:46 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: JUAN CARLOS *Fecha de aprobación:* 24/01/2024 6:29:53 PM

MUÑOZ BRAVO ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_5775244_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_5775244_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Mínima cuantía
Unidad de contratación	SECRETARIA GENERAL
Proceso de Contratación	CONTRATACIÓN DEL PERSONAL EN MISIÓN
Título de la oferta	MP-SG-MC-001-2024 ALCALDIA DE POPAYÁN - SECRETARIA GENERAL - ECHEVERRY PEREZ LTDA
Cuantía del contrato	83.062.784,00 COP

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

	ALCALDIA DE POPAYAN	F-GC-CT-08
	INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISIÓN CONTRACTUAL	Versión: 05
		Página 1 de 4

*20241500133833

INFORMACIÓN GENERAL			
Número de contrato: **20241800010297**	Fecha de radicación: 2024-04-29	Número de Radicación: 20241500133833	
Fecha del Acta de inicio: 22/03/2024	Plazo del contrato: 1 MES	Periodo del Informe comprendido	
		Desde: 22/03/2024	Hasta: 21/04/2024
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRASPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURAORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN."			
Supervisor y/o Interventor: **EDWIN RICHARD MENESES TORRES**			
Nombre o razón social del contratista: **ECHEVERRY PEREZ LIMITADA**		C.C.-N.I.T.: **800067825-1**	
Dirección: **CARRERA 2 #4-45 CENTRO**		Teléfonos: **3009109188**	

Informe parcial _X_	Informe Final___	
OBLIGACIONES O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS**	**ANEXOS**
Apoyo a Campañas de Seguridad Vial como agentes de transito	El personal asistió a la operación de la Secretaria de Tránsito y Transporte en los operativos de control por infracciones al Código Nacional de Tránsito apoyo también en temas de accidentalidad en el marco de campañas de seguridad vial	Registro fotográfico
Apoyo a Campañas de Seguridad Vial como auxiliares de los agentes de transito	Personal encargado de apoyar las campañas de seguridad vial para el control de tráfico y el mejoramiento de la movilidad en la ciudad. Se asignó personal permanente en puntos estratégicos por motivo de semana mayor.	Registro fotográfico

OBSERVACIONES	
POR PARTE DEL CONTRATISTA:	**POR PARTE DEL SUPERVISOR:**

ECHEVERRY PEREZ LIMITADA
FIRMA CONTRATISTA

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBIDO A SATISFACCIÓN

El Supervisor, dando cumplimiento a los Artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 certifica que el Contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas anteriormente, dentro del periodo de tiempo comprendido entre el

*20241500133833

22/ 03 / 2024 y 21 / 04 / 2024 y cumpliendo con el pago al Sistema de Seguridad Social, y por lo que se procede a la elaboración del acta de pago parcial _y/o final _X_, para el trámite de pago.

EDWIN RICHARD MENESES TORRES
SUPERVISOR

APOYO A LA SUPERVISIÓN

Nota: En caso que el contratista presente un informe de actividades en formato externo, el supervisor del contrato deberá diligenciar este documento trasladando la información del informe presentado por el contratista indicando el número de radicado y el número de folios.

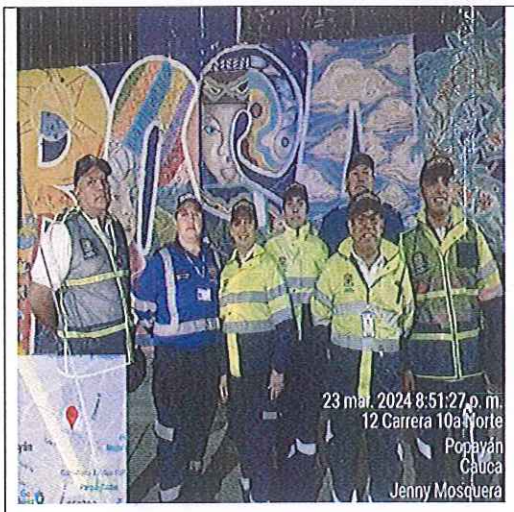
DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Registro fotográfico y acta de actividades.	

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE CONTRACTUAL DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA CONTRATANTE, PARA TRÁMITE DE PAGO.

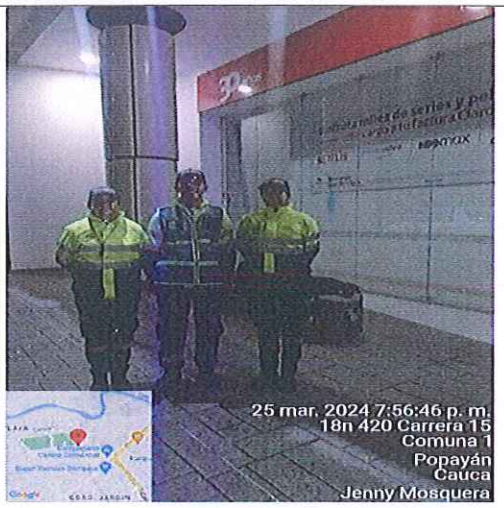
Yo, _____, recibo a los ___ días del mes de ___ del año ____ los documentos anteriormente descritos, los cuales pasan a ser parte del expediente contractual.

_____
Firma recibido Personal Archivo de Gestión/oficina asesora jurídica

REGISTRO FOTOGRAFICO

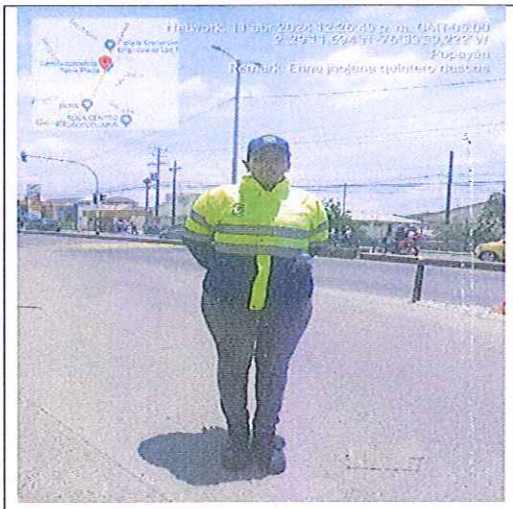
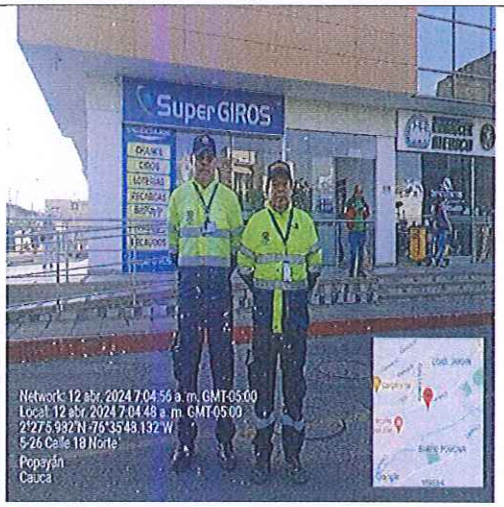


FECHA:23/03/2024
LUGAR:CALLE 12 CARRERA 10ª NORTE



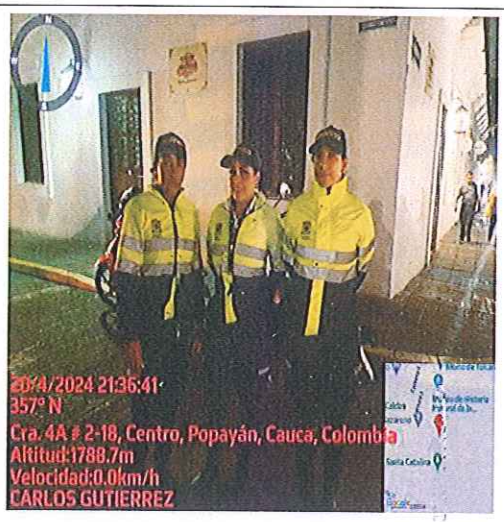
FECHA:25/03/2024
LUGAR:CALLE 18N CARRERA 15

*20241500133833

	
FECHA:06/04/2024 LUGAR: CALLE 18N CARRERA 15	FECHA:08/04/2024 LUGAR:CALLE 3N CARRERA 8
	
FECHA:11/04/2024 LUGAR:CALLE 74N CARRERA 9ª	FECHA:12/04/2024 LUGAR:CALLE 18N CARRERA 5

*20241500133833

	
FECHA:13/04/2024 LUGAR:CALLE 17N CARRERA 9ª	FECHA:17/04/2024 LUGAR:CALLE 74N CARRERA 9ª

	
FECHA:20/04/2024 LUGAR:CALLE 4ª CARRERA 2	FECHA:21/04/2024 LUGAR:CALLE 4 CARRERA 6

	ALCALDIA DE POPAYAN	F-GC-CT-09
	ACTA DE PAGO PARCIAL	Versión 19
		Página 1 de 1

PAGO PARCIAL:	x	PAGO FINAL:		ACTA PAGO FINAL:	
UNIDAD EJECUTORA DEL PRESUPUESTO:	SECRETARIA DE TRANSITO Y TRASPORTE			NUMERO DE RADICACION:	20241500133863
JEFE UNIDAD EJECUTORA DEL PRESUPUESTO:	EDWIN RICHARD MENESES TORRES			FECHA DE RADICACION:	29-abr.-2024
NOMBRE O RAZON SOCIAL CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE POPAYAN	NIT: 891.580.006		LIQUIDACION DEL MES O PERIODO:	abril-2024
				COMPRENDIDO DESDE:	HASTA:
				22/mar/2024	22/abr/2024
NOMBRE O RAZON SOCIAL CONTRATISTA:	ECHEVERRY PEREZ LIMITADA		c.c. - NIT:	800067825-1	

1. DATOS GENERALES

CONTRATO PRINCIPAL				CONTRATOS ADICIONALES - OTROSÍ			
NUMERO Y CLASE DE CONTRATO:	20241800010297	PLAZO:	1 MES	No(s). CONTRATO(S) ADIC. / OTROSÍ:	0	PLAZO TOTAL CONTRATO(S) ADIC./OTROSÍ:	;;
FECHA DE SUSCRIPCION:	20-mar.-24	FECHA ACTA DE INICIO:	22-mar.-24	FECHA CONTRATO ADIC.1/OTROSÍ 1:	00-ene.-00	FECHA TERMINAC. CONTRATO(S) ADIC/OTROSÍ:	00-ene.-00
VALOR DEL CONTRATO:	84.500.000	FECHA DE TERMINACIÓN:	21-abr.-24	VR. TOTAL CONTRATO(S) ADIC./OTROSÍ:	0	ANTICIPO A AMORTIZAR:	0%
No. DISPONIB. PRESUPUESTAL:	2024.CEN.01.1270	ANTICIPO A AMORTIZAR:	0%	NUMERO(S) CDP:	0	NUMERO(S) RDP:	0
No. REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024.CEN.01.01163	FORMA DE PAGO:	UNA UNICA ACTA A LA TERMINACION DEL CONTRATO			FORMA DE PAGO:	;;
No. RESOLUCION DE POLIZA:	20241000020104	SUPERVISOR:	EDWIN RICHARD MENESES TORRES			No.Resolución póliza contr. adic.	0

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRASPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURAORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN."

2. PRESUPUESTO ASIGNADO A LA CONTRATACION

CONTRATO PRINCIPAL		CONTRATOS ADICIONALES - OTROSÍ	
VR. DISPONIBILIDAD(ES) PRESUPUESTAL(ES):	84.500.000	VR. DISPONIBILIDAD(ES) PRESUPUESTAL(ES):	0
VR. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES):	84.500.000	VR. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES):	0

3. EJECUCIÓN DEL CONTRATO SEGÚN LA FORMA DE PAGO

MES DE PAGO	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IMPUESTOS FACTURADOS	% EJECUCION DE PAGOS	MES DE PAGO	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IMPUESTOS FACTURADOS	% EJECUCION DE PAGOS
Pagos vigencias anteriores	0	0	0,00%				
Pago anticipado	0	0	0,00%	Julio	0	0	93,78%
Enero	0	0	0,00%	Agosto	0	0	93,78%
Febrero	0	0	0,00%	Septiembre	0	0	93,78%
Marzo	0	0	0,00%	Octubre	0	0	93,78%
Abril	77.768.557	1.477.603	93,78%	Noviembre	0	0	93,78%
Mayo	0	0	93,78%	Diciembre	0	0	93,78%
Junio	0	0	93,78%				
VR. HONORARIOS O SERVICIOS EJECUTADOS:			77.768.557	VR. HONORARIOS O SERVICIOS POR EJECUTAR:			5.253.840
VR. IMPUESTOS FACTURADOS EJECUTADOS:			1.477.603				

4. VR. EJECUTADO PRESENTE ACTA

Vr. liquidado o acumulado para el mes o periodo:	abril-2024	79.246.160
(-) Amortizac.anticipo:	abril-2024	0,00% 0
(-) Vr.pagado mismo mes o periodo en acta No.		
NETO AUTORIZADO PARA TRAMITE DE PAGO:		79.246.160

SON (VR. EN LETRAS): setenta y nueve millones doscientos cuarenta y seis mil ciento sesenta pesos m. cte.

5. BALANCE DE LA EJECUCION FINANCIERA PARA EL MES O PERIODO

VR. CONTRATO PRINCIPAL:		84.500.000
MAS: CONTRATO(S) ADICIONAL(ES)/OTROSÍ:		0
VR. TOTAL CONTRATADO:		84.500.000
VR. NETO PAGOS VIGENCIAS ANTERIORES:	0	
VR. ANTICIPO:	0	
VR. PAGO ANTICIPADO:	0	
VR. NETO ACTAS ANTERIORES:	0	
VR. NETO PRESENTE ACTA:	79.246.160	
SALDO POR PAGAR:	5.253.840	
SUMAS IGUALES:	84.500.000	84.500.000

4.1 AMORTIZACION DEL ANTICIPO

Vr. anticipo	Amort.aplic.acum.	Saldo x amortizar
0	0	0

6. LIQUIDACION Y VERIFICACION DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL Y ESTAMPILLA P.B.A.M. PARA EL MES O PERIODO

VR. HONORARIOS O SERVICIOS DEL CONTRATISTA:	79.246.160	VALOR BASE (I.B.C.):	13.000.000	S.M.M.V.:	1.300.000
	Valor a pagar		Valor pagado contratista		Diferencia
PAGO A SALUD (12,5%) :	1.625.000		0		-1.625.000
PAGO A PENSION (16%) :	2.080.000		0		-2.080.000
PAGO A RIESGOS LABORALES:	0		0		0
DESCUENTO ESTAMPILLA P.B.ADULTO MAYOR (3%)	2.377.000				
% RIESGOS LABORALES: 0,000%	No. PLANILLA PILA:	0			

7. OBSERVACIONES

EL CONTRATISTA ANEXA SEGURIDAD SOCIAL ,ANEXA CERTIFICACION DE PAGO OPORTUNO DE APORTE DE PAGOS PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2024 NO SE RELACIONAN VALORES YA QUE ES UN CONTRATO DE SUMINISTROS, SE ANEXA FACTURA CON NUMERO FELE2093

8. CERTIFICACIÓN

El Supervisor del contrato certifica, que en lo correspondiente al mes o periodo de la presente acta, ha verificado y recibido a entera satisfacción el cumplimiento del OBJETO (y sus obligaciones especificas) u OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, referido a los bienes, servicios, metas y/o actividades descritas en el **Informe de ejecucion y supervision contractual** por lo que se hace responsable de la veracidad de la información contenida en este documento. Asimismo, certifica que verificó que el contratista cumplió a entera satisfacción con el pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y estampillas, conforme a los datos aquí registrados.

EDWIN RICHARD MENESES TORRES	ECHEVERRY PEREZ LIMITADA	
Firma Supervisor	Firma Contratista	Firma apoyo a la supervisión (si aplica)

	ALCALDIA DE POPAYAN	F-GC-CT-09
	ACTA DE PAGO PARCIAL	Versión 19
		Página 1 de 1

PAGO PARCIAL:	x	PAGO FINAL:		ACTA PAGO FINAL:			
UNIDAD EJECUTORA DEL PRESUPUESTO:	SECRETARIA DE TRANSITO Y TRASPORTE				NUMERO DE RADICACION:		20241500133863
JEFE UNIDAD EJECUTORA DEL PRESUPUESTO:	EDWIN RICHARD MENESES TORRES				FECHA DE RADICACION:		29-abr.-2024
NOMBRE O RAZON SOCIAL CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE POPAYAN		NIT: 891.580.006		LIQUIDACION DEL MES O PERIODO:		abril-2024
					COMPRENDIDO DESDE:		HASTA:
					22/mar/2024		22/abr/2024
NOMBRE O RAZON SOCIAL CONTRATISTA:	ECHEVERRY PEREZ LIMITADA			c.c. - NIT:	800067825-1		

1. DATOS GENERALES

CONTRATO PRINCIPAL				CONTRATOS ADICIONALES - OTROSÍ			
NUMERO Y CLASE DE CONTRATO:	20241800010297	PLAZO:	1 MES	No(s). CONTRATO(S) ADIC. / OTROSÍ:	0	PLAZO TOTAL CONTRATO(S) ADIC./OTROSÍ:	;;
FECHA DE SUSCRIPCION:	20-mar.-24	FECHA ACTA DE INICIO:	22-mar.-24	FECHA CONTRATO ADIC.1/OTROSÍ 1:	00-ene.-00	FECHA TERMINAC. CONTRATO(S) ADIC/OTROSÍ:	00-ene.-00
VALOR DEL CONTRATO:	84.500.000	FECHA DE TERMINACIÓN:	21-abr.-24	VR. TOTAL CONTRATO(S) ADIC./OTROSÍ:	0	ANTICIPO A AMORTIZAR:	0%
No. DISPONIB. PRESUPUESTAL:	2024.CEN.01.1270	ANTICIPO A AMORTIZAR:	0%	NUMERO(S) CDP:	0	NUMERO(S) RDP:	0
No. REGISTRO PRESUPUESTAL:	2024.CEN.01.01163	FORMA DE PAGO:	UNA UNICA ACTA A LA TERMINACION DEL CONTRATO			FORMA DE PAGO:	;;
No. RESOLUCION DE POLIZA:	20241000020104	SUPERVISOR:	EDWIN RICHARD MENESES TORRES			No.Resolución póliza contr. adic.	0

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRASPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURAORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN."

2. PRESUPUESTO ASIGNADO A LA CONTRATACION

CONTRATO PRINCIPAL		CONTRATOS ADICIONALES - OTROSÍ	
VR. DISPONIBILIDAD(ES) PRESUPUESTAL(ES):	84.500.000	VR. DISPONIBILIDAD(ES) PRESUPUESTAL(ES):	0
VR. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES):	84.500.000	VR. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES):	0

3. EJECUCION DEL CONTRATO SEGÚN LA FORMA DE PAGO

MES DE PAGO	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IMPUESTOS FACTURADOS	% EJECUCION DE PAGOS	MES DE PAGO	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IMPUESTOS FACTURADOS	% EJECUCION DE PAGOS
Pagos vigencias anteriores	0	0	0,00%				
Pago anticipado	0	0	0,00%	Julio	0	0	93,78%
Enero	0	0	0,00%	Agosto	0	0	93,78%
Febrero	0	0	0,00%	Septiembre	0	0	93,78%
Marzo	0	0	0,00%	Octubre	0	0	93,78%
Abril	77.768.557	1.477.603	93,78%	Noviembre	0	0	93,78%
Mayo	0	0	93,78%	Diciembre	0	0	93,78%
Junio	0	0	93,78%				
VR. HONORARIOS O SERVICIOS EJECUTADOS:			77.768.557	VR. HONORARIOS O SERVICIOS POR EJECUTAR:			5.253.840
VR. IMPUESTOS FACTURADOS EJECUTADOS:			1.477.603				

4. VR. EJECUTADO PRESENTE ACTA			5. BALANCE DE LA EJECUCION FINANCIERA PARA EL MES O PERIODO		
Vr. liquidado o acumulado para el mes o periodo:	abril-2024	79.246.160	VR. CONTRATO PRINCIPAL:		84.500.000
(-) Amortizac.anticipo:	abril-2024	0,00% 0	MAS: CONTRATO(S) ADICIONAL(ES)/OTROSÍ:		0
(-) Vr.pagado mismo mes o periodo en acta No.			VR. TOTAL CONTRATADO:		84.500.000
NETO AUTORIZADO PARA TRAMITE DE PAGO:		79.246.160	VR. NETO PAGOS VIGENCIAS ANTERIORES:	0	
			VR. ANTICIPO:	0	
			VR. PAGO ANTICIPADO:	0	
			VR. NETO ACTAS ANTERIORES:	0	
SON (VR. EN LETRAS): setenta y nueve millones doscientos cuarenta y seis mil ciento sesenta pesos m. cte.			VR. NETO PRESENTE ACTA:	79.246.160	
			SALDO POR PAGAR:	5.253.840	
			SUMAS IGUALES:	84.500.000	84.500.000

4.1 AMORTIZACION DEL ANTICIPO

Vr. anticipo	Amort.aplic.acum.	Saldo x amortizar
0	0	0

6. LIQUIDACION Y VERIFICACION DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL Y ESTAMPILLA P.B.A.M. PARA EL MES O PERIODO

VR. HONORARIOS O SERVICIOS DEL CONTRATISTA:	79.246.160	VALOR BASE (I.B.C.):	13.000.000	S.M.M.V.:	1.300.000
	Valor a pagar		Valor pagado contratista		Diferencia
PAGO A SALUD (12,5%) :	1.625.000		0		-1.625.000
PAGO A PENSION (16%) :	2.080.000		0		-2.080.000
PAGO A RIESGOS LABORALES:	0		0		0
DESCUENTO ESTAMPILLA P.B.ADULTO MAYOR (3%)	2.377.000				
% RIESGOS LABORALES:	0,000%	No. PLANILLA PILA:	0		

7. OBSERVACIONES

EL CONTRATISTA ANEXA SEGURIDAD SOCIAL ,ANEXA CERTIFICACION DE PAGO OPORTUNO DE APORTE DE PAGOS PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2024 NO SE RELACIONAN VALORES YA QUE ES UN CONTRATO DE SUMINISTROS, SE ANEXA FACTURA CON NUMERO FELE2093

8. CERTIFICACIÓN

El Supervisor del contrato certifica, que en lo correspondiente al mes o periodo de la presente acta, ha verificado y recibido a entera satisfacción el cumplimiento del OBJETO (y sus obligaciones especificas) u OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, referido a los bienes, servicios, metas y/o actividades descritas en el **Informe de ejecucion y supervision contractual** por lo que se hace responsable de la veracidad de la información contenida en este documento. Asimismo, certifica que verificó que el contratista cumplió a entera satisfacción con el pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y estampillas, conforme a los datos aquí registrados.

EDWIN RICHARD MENESES TORRES	ECHEVERRY PEREZ LIMITADA	
Firma Supervisor	Firma Contratista	Firma apoyo a la supervisión (si aplica)

	ALCALDÍA DE POPAYÁN	F-GC-CT-20
	CONTROL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	Versión: 02
		Página 1 de 1

# DE CONTRATO O CONVENIO:	20241800010297	# INFORME: 1
DEPENDENCIA CONTRATANTE:	SECRETARÍA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE DE POPAYÁN	
CONTRATISTA / CONVENIANTE:	ECHEVERRY PEREZ LIMITADA	
C.C.-N.I.T.: 800067825-1	Dirección: CARRERA 2 #4-45 CENTRO	Teléfono: 3009109188
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE PERSONAL EN MISION PARA LA SECRETARIA DE TRANSITO Y TRASPORTE EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURAORGANIZACIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN MAESTRO DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE POPAYAN."		
SUPERVISOR O INTERVENTOR:	EDWIN RICHARD MENESES TORRES	

1. CERTIFICACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL SECOP Y SIA OBSERVA.

IDENTIFICACION DEL PROCESO EN SECOP:	MP-ST-MC-001-2024

TIENE GARANTÍAS VIGENTES, ACTUALIZADAS Y PUBLICADAS EN EL SECOP SI____, NO SOLICITARON____, NA X

El funcionario / contratista, JULIÁN CAMILO COLLAZOS identificado con CC. 10294263 designado por el secretario o jefe de la Unidad Administrativa, para la administración y registro del **SECOP II**,

Y El funcionario / contratista, JULIÁN CAMILO COLLAZOS identificado con CC. 10294263 designado por el secretario o jefe de la Unidad Administrativa, para la administración y registro de **SIA OBSERVA**

CERTIFICAN que a la fecha (2-05- -2024) una vez consultado el **SECOP II Y SIA OBSERVA**, el CONTRATISTA en mención, tiene publicados los documentos correspondientes al mes de _____ del expediente contractual en las plataformas. Por lo tanto, se otorga visto bueno para continuar con el trámite del pago.

Julián C. Collazos

FIRMA DEL RESPONSABLE SECOP II

Julián C. Collazos

FIRMA DEL RESPONSABLE SIA OBSERVA

2. CERTIFICACIÓN DE ARCHIVO DE GESTIÓN DE LA OFICINA JURÍDICA.

El funcionario/contratista _____, identificado con CC. _____, responsable del control del Archivo de Gestión de la Oficina Asesora Jurídica, **CERTIFICA** que a la fecha (_____), una vez consultado el expediente físico que reposa en el Archivo de Gestión de la Oficina Asesoría Jurídica, el **CONTRATISTA** en mención, cuenta con los documentos al día, por lo tanto, se otorga visto bueno para continuar con el trámite del pago.

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

3. CERTIFICACIÓN DE ORFEO.

El funcionario/contratista Sandra Bibiana Manquillo identificada con CC. 34566011 responsable del control del Manejo del Sistema de Gestión Documental **ORFEO** de la entidad, **CERTIFICA** que a la fecha (29 ABR. 2024), el CONTRATISTA en mención:

- **A)** No presenta documentos pendientes de fecha superior a treinta (30) días en el sistema ORFEO ☐
- **B)** No tiene habilitado usuario de Orfeo. ☑
- **C)** No tiene documentos pendientes en el Sistema Orfeo (**Obligatorio Para Actas Finales**) ☐

Por lo tanto, se otorga visto bueno para continuar con el trámite del pago

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

Sandra Bibiana Manquillo
Técnico Operario
Grado 01