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

Para diligenciar consulte la hoja "instructivo"

FECHA	20 DE ABRIL DE 2022	PERIODO- CUOTA	ABRIL-CUARTA	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.256.2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CESAR AUGUSTO ZULUAGA RODRIGUEZ		Identificación (C.C. /NIT)	1.112.226.596	
ÁREA	Servicio al Cliente			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION TÉCNICA

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Objeto del Contrato	Prestación de servicios de apoyo a la gestión para pedagogía y promoción de los servicios del sistema MIO y demás necesidades de información, de acuerdo con las estrategias estructuradas por la Dirección Comercial y Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, dentro de los procesos para mejorar la experiencia de servicio bajo la supervisión de la Oficina de Mercadeo y Servicio al Cliente				
Valor del contrato		Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP	
		Número	Fecha	Número	Fecha
Valor inicial del contrato	$ 8.250.000	20220037	Enero 03 de 2022	20220324	28 DE ENERO 2022
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	Ocho millones doscientos cincuenta mil pesos mcte				
Plazo del contrato	*Desde el 28 de enero de 2022 - Hasta el 30 de junio de 2022*	Fecha Acta de Inicio	ENERO 28 de 2022	Fecha terminación	Junio 30 de 2022
Modificatorios/Otro-sí		Fecha modificatorio		Objeto modificatorio	

2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS

COBRO DEL PERIODO

NÚMERO DE FACTURA: *(Cuando aplique)*				Fecha de la Factura o cobro	
Valor del TOTAL Contrato ($) (Incluir adiciones si las hay)	Número de la Cuotas totales a pagar del total	Número de cuota que se paga	Saldo Actual del Contrato ($)	(-) Este Pago ($)	Saldo después de este pago ($)
$ 8.250.000	6	4	$ 4.500.000	$ 1.500.000	$ 3.000.000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades especificas establecidas en el contrato)*	ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO (indicar TODAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación especifica)	SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)
mecanismos que disponga la dirección comercial sobre las novedades presentadas del SITM-MIO, de impacto a los procesos de experiencia de servicio.	**Socialización y divulgación de cultura ciudadana, cultura mio, para el adecuado uno del SITM-MIO.**	**Informe por medio de registro fotografico, entregado por chat al supervisor para revisión.**
2) Apoyar todas las actividades dirigidas a promocionar acciones de Cultura Ciudadana dentro y fuera de la infraestructura del MIO.		
3) Promocionar los cambios, ajustes y nuevos servicios del sistema según directrices de la Oficina de Servicio al Cliente y Mercadeo. Estados por los diferentes agentes del sistema MIO.	**Orientación a usuarios en rutas a sus diferentes destinos de la ciudad .**	
4) Apoyar en la ejecución de campañas de prevención del COVID 19 en el SITM-MIO.	**Informar cualquier novedad de la operación del sistema MIO, recoger sugerencias, opiniones y quejas de los usuarios con respecto al manejo de las diferentes operaciones que tengan que ver con el sistema**	
5) Participar activamente en las activaciones de marca y eventos de ciudad donde se requiere, llevando mensajes de cultura ciudadana y promocionando los servicios del MIO.		
6) Otras que disponga la Dirección Comercial y Servicio al Cliente y que estén relacionadas con el objeto del contrato.	**Toma de registro fotográfico**	
7) Diligenciar y anexar copia de todos los documentos firmados, que estén bajo su	**Estaciones; SITM MIO**	
8) Las demás que sean necesarias para el cumplimiento eficiente y eficaz del objeto del presente contrato.		

SEGURIDAD SOCIAL

El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.	**Periodo pagado**	mar-22

metrocali	**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**				
Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	**20 DE ABRIL DE 2022**	**PERIODO- CUOTA**	**ABRIL-CUARTA**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.256.2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CESAR AUGUSTO ZULUAGA RODRIGUEZ**		**Identificación (C.C. /NIT)**	**1.112.226.596**	

Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	Sanitas	1045039492	$ 125.000
PENSIÓN	Porvenir	1045039492	$ 160.000
ARL	Positiva	1045039492	$ 24.400

DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA *(Marque SI o NO según el caso)*	**SI**	**NO**
1. DECLARO EN FORMA VOLUNTARIA Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO.	X	
2. DE ACUERDO CON EL ARTICULO 42 DEL DECRETO 3541 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA.		X
3. CERTIFICO QUE ESTOY AL DÍA EN MIS PAGOS DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGÚN CONSTA EN LA PLANILLA QUE SE ADJUNTA.	X	

CESAR AUGUSTO ZULUAGA RODRIGUEZ	**1.112.226.596**	
Nombre completo del contratista	**Número de Identificación**	**Firma**

3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO

ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA *(Según Manual de contratación y la normativa que lo complemente o modifique)*	A satisfacción	No satisfacción
Cumplimiento de Obligaciones generales y específicas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).	X	
Cumplimiento obligaciones de pago al sistema general de seguridad social (Se exigió la certificación debidamente soportada al contratista, del pago de los aportes a la seguridad social (SALUD, PENSIÓN Y ARL), para proceder a la aprobación de la cuenta de cobro presentada por el contratista).	X	

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

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

NO	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.				
SI	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos:				X
CUOTA No.	**CUARTA**	**VALOR CUOTA**	**$ 1.500.000**	**FECHA COBRO**	29 DE ABRIL DE 2022

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

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR

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

SI cumplió	X	**NO** cumplió	

MARIA JOSÉ CARDONA CASTELBLANCO	**JEFE DE OFICINA DE SERVICIO AL CLIENTE Y MERCADEO (E)**	
Nombre completo supervisor	**Cargo**	**Firma**
Designado Supervisor mediante	*La supervisión y control del presente contrato la ejercerá el (la) Jefe de Mercadeo y Servicio al Cliente, de acuerdo a lo estipulado en la Clausula Vigesima Primera del contrato No.PS- 917.104.2.256.2022*	

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-04-12, 08:50:40 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1045039492

Periodo Cotización 202203 **Periodo Servicio** 202203

Cliente:

PAGADA 2022-04-08

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CESAR AUGUSTO ZULUAGA RODRIGUEZ				
Documento	CC 1112226596	**Dirección**	CL 8A #13 - 38		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	PRADERA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1112226596		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ZULUAGA RODRIGUEZ CESAR AUGUSTO	76563000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apo ICB
X															0	30	30	30	0			$ 1.000.000	230301		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.000.000	$ 24.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL