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

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	19 DE DICIEMBRE DE 2022	PERIODO- CUOTA	DICIEMBRE- UNICA	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.592.2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JOAN STEVEN MUÑOZ ACOSTA		Identificacion (C.C/ NIT)	1.005.977.646.	
ÁREA	Servicio al Cliente			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Objeto del Contrato	Prestación de servicios de apoyo a la gestión a la Dirección Comercial y Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración				
Valor del contrato		Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP	
		Número	Fecha	Número	Fecha
Valor inicial del contrato	1.500.000	20220354	23/11/2022	221259	5/12/2022
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCT/E ($ 1.500.000)				
Plazo del contrato	*Desde el 2 de diciembre de 2022 - Hasta el 30 de diciembre de 2022*	Fecha Acta de Inicio	diciembre 02 de 2022	Fecha terminación	diciembre 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 ($)	Saldo después de este pago ($)
$ 1.500.000	1	1	$ 1.500.000	$ 1.500.000	$ -

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades específicas 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)
1. Apoyar la supervisión del adecuado uso y funcionamiento en el SITM-MIO. 2. Recopilar información sobre las novedades que perturben la sana convivencia en el sistema, tales como; evasión, vandalismo, entre otras entregar en formato de informe		Informe por medio de registro fotografico, entregado por chat al supervisor para revisión.
3. Socializar a los usuarios y demás actores del SITM-MIO, el manual de convivencia y las buenas prácticas de cultura ciudadana en la infraestructura física, móvil y eventos de ciudad convocados por organismos de la Alcaldía.		
4. Realizar registro fotográfico de las novedades en el SITM-MIO, de acuerdo a las indicaciones de su supervisor.		
5. Comunicar al usuario y a otros actores del SITM- MIO cuando se evidencien comportamientos contrarios al manual de convivencia establecido y en caso de ser necesario reportar las novedades que afecten la sana convivencia a la autoridad competente.		
6. Apoyar con la campaña de cultura motivando al buen comportamiento y las buenas prácticas de sana convivencia en el SITM-MIO.		
7.Diligenciar y anexar copia de todos los documentos firmados, que este bajo su responsabilidad, asociados a la gestión de calidad, en los informes de actividades mensuales que soporten la ejecución de las actividades y el recibo a satisfacción (Formato vigente)		

metrocali	**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**				
Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	19 DE DICIEMBRE DE 2022	**PERIODO- CUOTA**	DICIEMBRE- UNICA	**CONTRATO NÚMERO**	PS - 917.104.2.592.2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JOAN STEVEN MUÑOZ ACOSTA		**Identificacion (C.C/ NIT)**	1.005.977.646.	
8. Las demás actividades relacionadas con el objeto contractual y que le sean asignadas por el supervisor					

SEGURIDAD SOCIAL

El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.		**Periodo pagado**	DICIEMBRE DE 2022
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	Salud Total	1051012125	$ 125.000
PENSIÓN	Proteccion	1051012125	$ 160.000
ARL	Positiva	1051012125	$ 10.500

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	

JOAN STEVEN MUÑOZ ACOSTA	1.005.977.646	
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.	UNICA	**VALOR CUOTA**	$ 1.500.000	**FECHA COBRO**	30 de diciembre 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**	

JUAN CARLOS ECHEVERRY DIAZ	DIRECTOR COMERCIAL Y SERVICIO AL CLIENTE (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- 917.104.2.592.2022*	

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-12-15, 11:34:12 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1051012125

Periodo Cotización: diciembre de 2022 **Periodo Servicio:** diciembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8840221660

PAGADO 15/12/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOAN STEVEN MUÑOZ ACOSTA		
Documento	CC1005977646	**Dirección**	CL 30 OESTE #4 A - 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3228295794
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1005977646	JOAN STEVEN MUÑOZ ACOSTA	57	00	X	X															0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.000.000	$ 125.000	1,044	$ 1.000.000	$ 10.500	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 295.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 160.000	$ 125.000	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 295.500	$ 0	$ 295.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!