metrocali	**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**				
Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	**31-mar-23**	**PERIODO - CUOTA**	**MARZO - 3**	**CONTRATO NÚMERO**	**917.104.2.202.2023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Tito Florentino Asprilla Valencia**		**Identificación (C.C. /NIT)**		**1,193,250,611**
ÁREA	**Dirección de Operaciones**			**TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**TÉCNICOS**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Objeto del Contrato	Prestar los servicios de apoyo a la gestión a la Dirección de Operaciones.				
Valor del contrato		**Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP**		**Registro Presupuestal - RP**	
		Número	**Fecha**	**Número**	**Fecha**
Valor inicial del contrato	$ 9,000,000	20230030	03-ene-23	20230219	18-ene-23
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	$ 9,000,000				
Plazo del contrato	*El plazo será hasta el 31 de mayo de 2023 contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento*	Fecha Acta de Inicio	18/01/2023	Fecha terminación	hasta el 31 de mayo de 2023.
Modificatorios/Otrosí		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 ($)**	**Saldo después de este pago ($)**
$ 9,000,000	3 DE 5	3	$ 6,000,000	$ 2,000,000	$ 4,000,000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)*	**ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO** (Indicar TOTAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación especifica)	**SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)**
1. Acompañar en las capacitaciones y reuniones de coordinacion de los trabajos de campo.	Se realizo capacitación en campo para toma de informarcion de FOV+ascensos/descensos en la parada del centro comercial Chipichape para las rutas A24 y P24B. Capacitación de inspeccion vial en los trazodos de las rutas alimentadoras del sistema para registrar el estado de la via, señalizacion y demarcacion, estado y funcionamiento de semaforos.	Listado de asistencia.
2. Brindar apoyo a la toma y digitación de información en campo que Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración programe en los formatos indicados para tal fin.	Se realizó estudio de FOV Sale y Llega para las rutas alimentadoras de la Terminal Simón bolivar. Se realizó estudio de FOV Sale y Llega en la estación Capri, Unidad deportiva y San Bosco Se realizó estudio de FOV Sale en la estacion Universidades y Flora Industrial. Se realizó estudio de FOV Sale en la termina Menga de las rutas que atienden la bahia C3. Se realizó estudio de FOV en Terminal de Aguablanca	ARCHIVOS ENTREGADOS POR CORREO
3. Brindar apoyo en el seguimiento de los planes de manejo de tránsito de las obras de infraestructura que estén a cargo de la Dirección de Infraestructura.	Actividad no requerida en el periodo	NA
4. Brindar apoyo en la realización de la inspección vial de al menos uno de los corredores troncales del SITM MIO.	Actividad no requerida en el periodo	NA
5. Las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que le sean encomendadas de conformidad con el nivel contratado.	Actividad no requerida en el periodo	NA

SEGURIDAD SOCIAL

El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.		**Periodo pagado**	FEBRERO
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	EPS SANITAS S.A.	4479985279	145,000
PENSIÓN	PORVENIR	4479985279	185,600
ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	4479985279	28,300

metrocali

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

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	31-mar-23	PERIODO - CUOTA	MARZO - 3	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.202.2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Tito Florentino Asprilla Valencia		Identificación (C.C. /NIT)	1,193,250,611	
ÁREA	Dirección de Operaciones			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TÉCNICOS

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

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

3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

NO	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.				
SI	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos:				X
CUOTA No.	3	VALOR CUOTA	$ 2,000,000	FECHA COBRO	31-mar-23

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

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR

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

SI cumplió	X	**NO cumplió**	

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

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4479985279	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/01/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			999312/601

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 165.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 165.600	$ 0	$ 165.600
SUBTOTALES:										$ 165.600	$ 0	$ 165.600

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	SLN	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1193250611	ASPRILLA VALENCIA TITO FLORENTINO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																			230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 165.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 165.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	1193250611	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 358.900

Planilla Pagada