| | |
|---|---|
| metrocali | **CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS<br>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL<br>E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL** |

*Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | 30-jun-23 | PERIODO - CUOTA | JUNIO - 1 | CONTRATO NÚMERO | 917.104.2.770.2023 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | Tito Florentino Asprilla Valencia | | Identificación (C.C. /NIT) | 1,193,250,611 | |
| ÁREA | Dirección de Operaciones | | | TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | TÉCNICOS |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Objeto del Contrato | Prestar los servicios de apoyo a la gestión a la Dirección de Operaciones. | | | | |
| Valor del contrato | | Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP | | Registro Presupuestal - RP | |
| | | Número | Fecha | Número | Fecha |
| Valor inicial del contrato | $ 10,000,000 | 20230267 | 01-jun-23 | 20231077 | 16-jun-23 |
| Valor adicional del contrato | | | | | |
| Valor Total del contrato (incluidas las adiciones) | $ 10,000,000 | | | | |
| Plazo del contrato | *El plazo será hasta el 31 de octubre de 2023 contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento* | Fecha Acta de Inicio | 16/06/2023 | Fecha terminación | hasta el 31 de octubre 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 ($) | Saldo después de este pago ($) |
| $ 10,000,000 | 1 DE 5 | 1 | $ 10,000,000 | $ 2,000,000 | $ 8,000,000 |

| 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. | Capacitacion gestion documental de hojas de vida de rutas.<br>Capacitacion de proceso para radicacion de soportes de actividades y documentos de la cuenta de cobro. | Listado de asistencia.<br><br>ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\Junio\Act 1 |
| 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 realizaron estudios de FOV para conocer mejor el comportamiento de la demanda en estaciones del corredo troncal del SITM MIO. | Archivos entregados por correo.<br><br>ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\Junio\Act 2 |
| 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. | Gestion documental de hoja de vida de rutas. | Archivo Hoja de control hoja de vida rutas<br><br>ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\Junio\Act 5 |

| | CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS<br>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL<br>E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | *Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"* | | | | |
| FECHA | 30-jun-23 | PERIODO - CUOTA | JUNIO - 1 | CONTRATO NÚMERO | 917.104.2.770.2023 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | Tito Florentino Asprilla Valencia | | Identificación (C.C. /NIT) | 1,193,250,611 | |
| ÁREA | Dirección de Operaciones | | | TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | TÉCNICOS |

**SEGURIDAD SOCIAL**

| El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes. | | Periodo pagado | MAYO |
|---|---|---|---|
| **Tipos de Aportes** | **Nombre de la Entidad** | **Planilla Número** | **Valor ($)** |
| EPS | EPS SANITAS S.A. | 4498579958 | 145,000 |
| PENSIÓN | PORVENIR | 4498579958 | 185,600 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | 4498579958<br>4499068590 | 6.100<br>6.100 |

| | 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.<br>Por lo tanto NO autoriza el pago. | | | | |
| SI | Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas.<br>Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos: | | | | X |
| CUOTA No. | 1 | VALOR CUOTA | $ 2,000,000 | FECHA COBRO | 30-jun-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.*

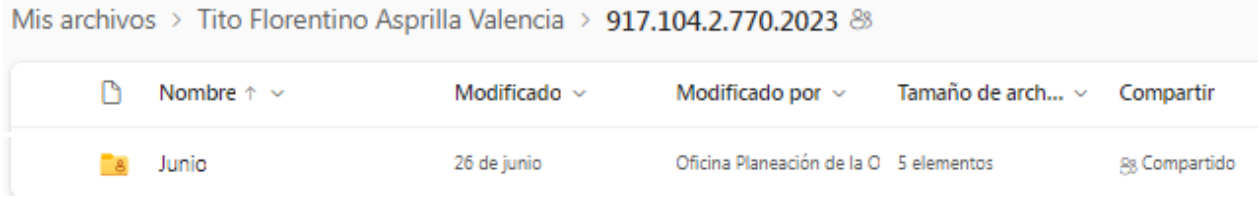
| | |
|---|---|
| metrocali | **PUBLICACIÓN EVIDENCIAS EN EL SECOP II**<br>PERIODO DEL 01 AL 30 DEL MES DE JUNIO DE 2023.<br>*Este documento debe subirse al SECOPII en PDF, No escanear* |

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

| **Evidencias cuota No. 1 de 5**<br>*(Indicar el número de la cuota a la que corresponde la evidencia y el numero tola de cuotas del contrato)* | |
|---|---|
| **Enlace (Link) del DRIVE.**<br>*Copie el enlace útil* | https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/ofplaneacionope_metrocali_gov_co/Documents/Tito%20Florentino%20Asprilla%20Valencia/917.104.2.770.2023?csf=1&web=1&e=dNAERC |

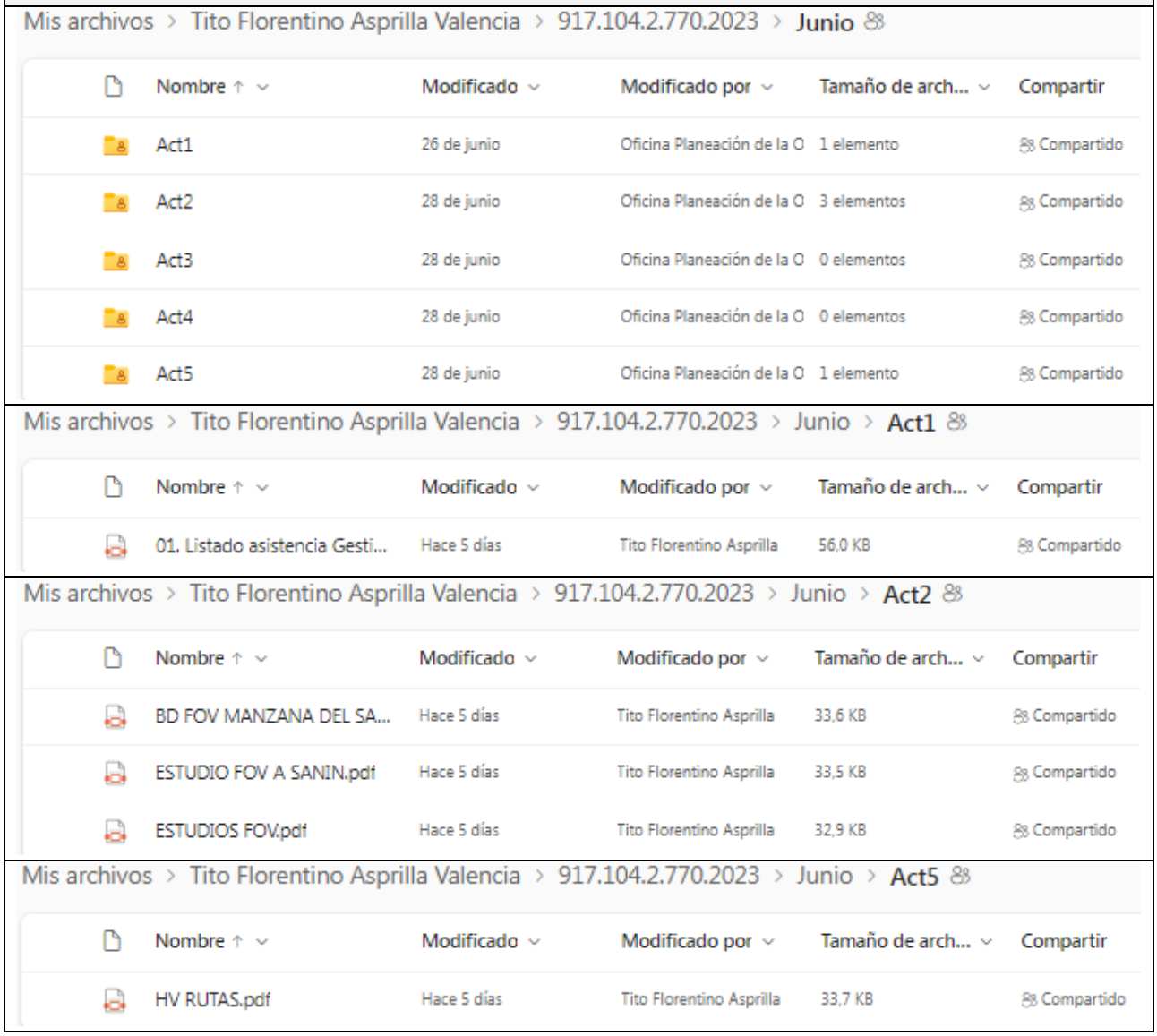
**Captura del contenido de la carpeta del contratista de la cuota**

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



## Captura del contenido de la carpeta del contratista de la cuota

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



| | |
|---|---|
| metrocali | **ACTA DE PAGO N°1**<br>**PERSONA NATURAL** |

En calidad de SUPERVISOR del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 917.104.2.770.2023 de 01/06/23, suscrito entre **Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración** y Tito Florentino Asprilla Valencia identificado con C.C. 1193250611, cuyo objeto es PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES, INFORMO el cumplimiento de las obligaciones contractuales en el periodo JUNIO.

Dicho contrato se encuentra amparado con la Disponibilidad Presupuestal No. 20230267, de fecha 01/06/23 y Registro Presupuestal No. 20231077 de fecha 16/06/23.

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

| **SEGURIDAD SOCIAL** | | **Periodo pagado** | **MAYO** |
|---|---|---|---|
| **Tipos de Aportes** | **Nombre de la Entidad** | **Planilla Número** | **Valor ($)** |
| EPS | EPS SANITAS S.A. | 4498579958 | 145.000 |
| PENSIÓN | PORVENIR | 4498579958 | 185.600 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | 4498579958<br>4499068590 | 6.100<br>6.100 |

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Factura No. (Cuando aplique) | |
| Fecha Factura (Cuando aplique) | (dd/mm/yyyy) |
| Total cuotas por pagar | 5 |
| Cuota a pagar | 1 |
| Valor Contrato | $10.000.000 |
| Adición Otro Sí | $0 |
| Saldo del Contrato | $10.000.000 |
| Valor del Pago | $2.000.000 |
| Saldo después de este pago | $8.000.000 |

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los 30 días del mes de JUNIO del año 2023.

**CARLOS ALBERTO BECERRA CHAVEZ**
JEFE DE OFICINA PLANEACIÓN DE LA OPERACIÓN

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

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 |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4498579958** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/05/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994293575 | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 185.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 185.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 145.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 6.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 6.100** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 336.700** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

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 |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4499068590** | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/05/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994344219 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4498579958 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2023/05/11 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 0 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 0** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 0 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 0** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 6.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 6.100** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 6.100** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 6.100** |

## MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

### CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1193250611 | ASPRILLA | VALENCIA | TITO | FLORENTINO | 2023-05 | E.P.S SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 1193250611 | ASPRILLA | VALENCIA | TITO | FLORENTINO | 2022-01 | COOMEVA E.P.S S.A. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| E.P.S SANITAS | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |