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-oct-23	PERIODO - CUOTA	OCTUBRE - 5	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	16-jun-23	20231077	16-jun-23
Valor adicional del contrato	$ 4,000,000	20230391	17-oct-23	20231846	23-oct-23
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	$ 14,000,000				
Plazo del contrato	*El plazo será hasta el 31 de diciembre 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 diciembre de 2023.
Modificatorios/Otrosí	N°1	Fecha modificatorio	23/10/2023	Objeto modificatorio	Prórroga y adición

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 ($)	Saldo después de este pago ($)
$ 14,000,000	5 de 7	5	$ 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.	Actividad no requerida en el periodo.	N.A.
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 realizo estudio de FOV en las terminales y estaciones Universidades, Calipso, Andres Sanin, Menga, Belalcazar, Cañaveralejo. Fátima y Simon Bolivar. Se realizo estudio de conteo de personas que salen de la universidad San Buenaventura y utilizan el transporte publico y el trasnporte informal/ilegal.	Archivos entregados por correo. ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\Octubre\Act2
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.	09/10/2023 Seguimiento a PMT sobre el corredor de la Cra 127 entre Calles 25 y 18. Fase 2 Cra 127 entre Calles 18 y 22 evidencia registro fotograficos.	Archivos entregados por correo. ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\Octubre\Act3
4. Brindar apoyo en la realización de la inspección vial de al menos uno de los corredores troncales del SITM MIO.	20/10/2023 Inspección resgitro fotografico Estación Fátima.	Archivos entregados por correo. ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\Octubre\Act4
5. Las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que le sean encomendadas de conformidad con el nivel contratado.	10/10/2023 Apoyo en la actualización de la información de los contratos de los contratistas de la Dirección de la Operaciones. 26/10/2023 Seguimiento y registro fotografico en las intersecciones C36 K32, C36 K41B, C36 K42B, C36 K46 y C36 K56 del tramo 2 de la troncal oriental para evidenciar el comportamiento de los actores viales y otras novedades.	Archivos entregados por correo. ofplaneacionope@metrocali.gov.co\Tito Florentino Asprilla Valencia\917.104.2.770.2023\Octubre\Act5

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-oct-23	PERIODO - CUOTA	OCTUBRE - 5	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**	SEPTIEMBRE
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	EPS SANITAS S.A.	4520903422	145,200
PENSIÓN	PORVENIR	4520903422	185,800
ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	4520903422	12,300

	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.	5	VALOR CUOTA	$ 2,000,000	FECHA COBRO	31-oct-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	Carl Alb B C
Nombre completo supervisor	**Cargo**	**Firma**
Designado Supervisor mediante	*Claúsula Vigésima -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** PERIODO DEL 01 AL 31 DEL MES DE OCTUBRE DE 2023. *Este documento debe subirse al SECOPII en PDF, No escanear*

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

Evidencias cuota No. 5 de 7 *(Indicar el número de la cuota a la que corresponde la evidencia y el numero tola de cuotas del contrato)*	
Enlace (Link) del DRIVE. *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/Octubre?csf=1&web=1&e=qI0X0a

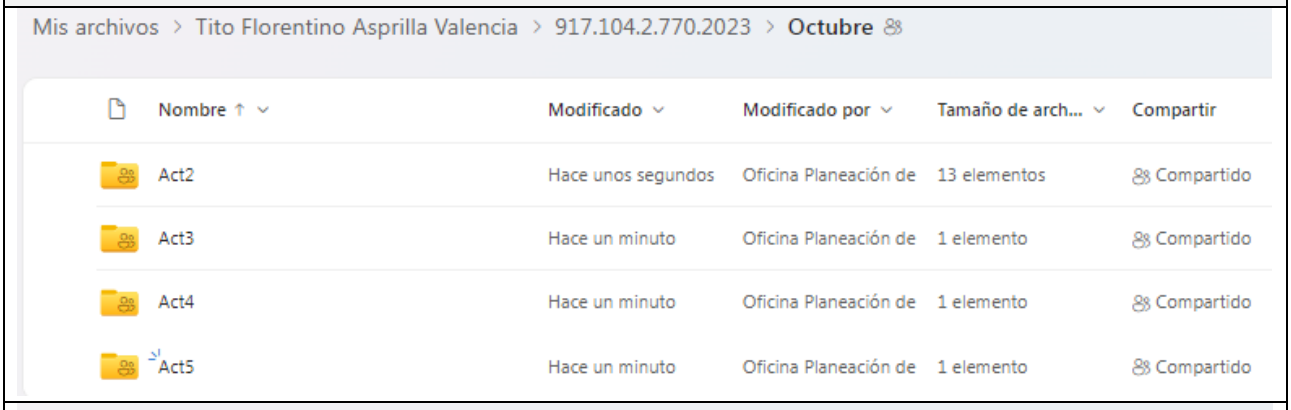
Captura del contenido de la carpeta del contratista de la cuota

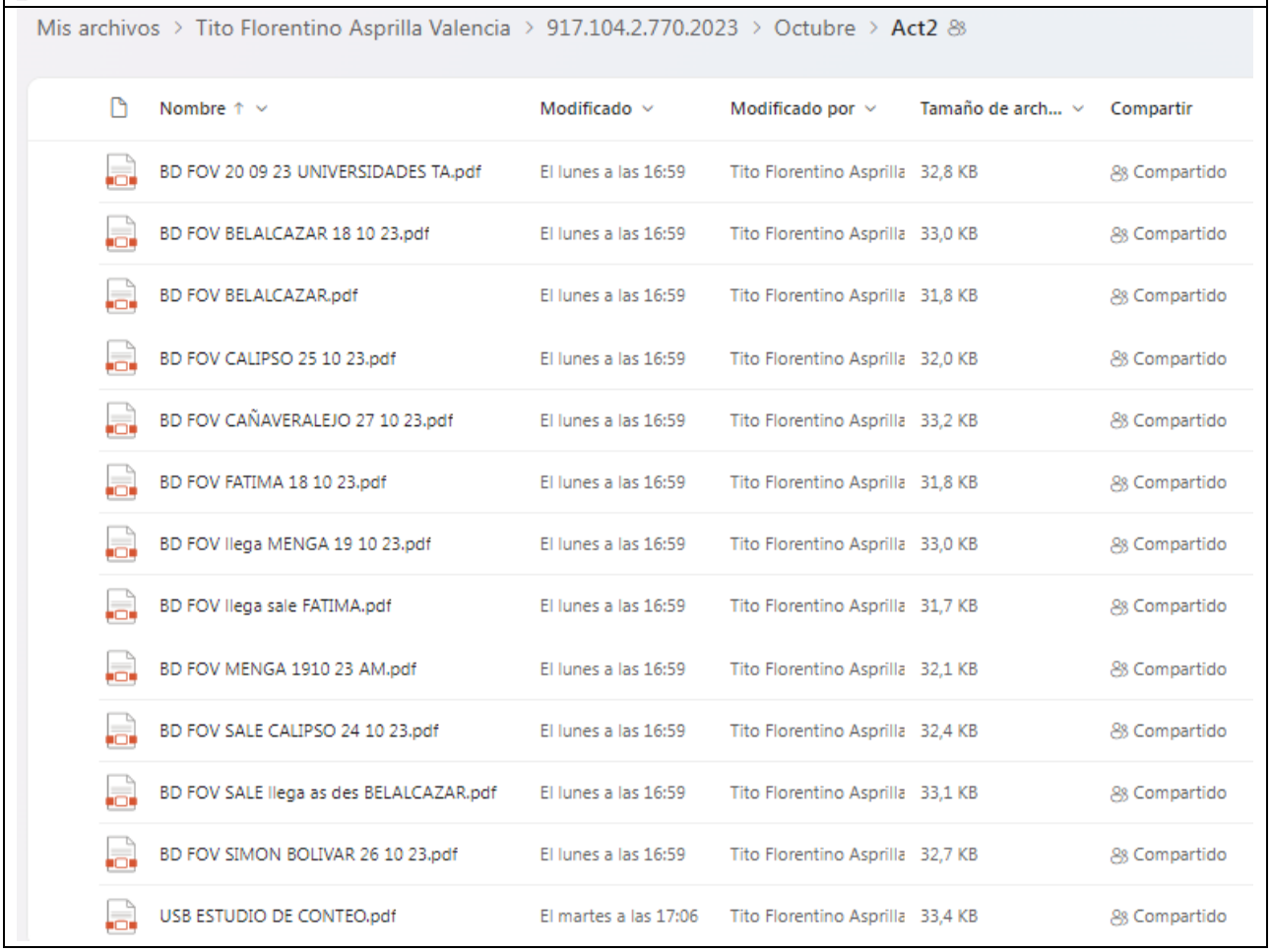
(incluir un pantallazo del detalle de la carpeta al mes que corresponda)



Captura del contenido de la carpeta del contratista de la cuota

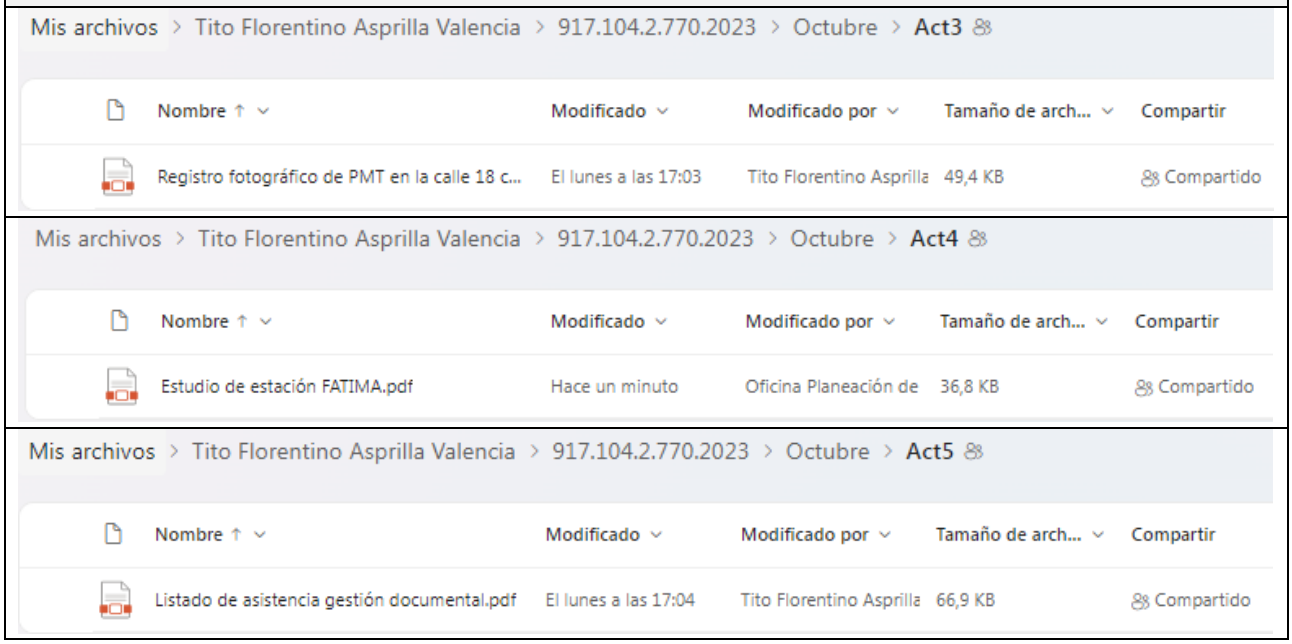
(incluir un pantallazo del detalle de la carpeta al mes que corresponda)





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°5** **PERSONA NATURAL**

En calidad de SUPERVISOR del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 917.104.2.770.2023 de 16/06/2023, suscrito entre **Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración** y TITO FLORENTINO ASPRILLA identificado con C.C. 1.193.250.611, cuyo objeto es PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES, INFORMO el cumplimiento de las obligaciones contractuales en el periodo OCTUBRE.

Dicho contrato se encuentra amparado con la Disponibilidad Presupuestal No. 20230267, de fecha 01/06/2023 y Registro Presupuestal No. 20231077 de fecha 16/06/2023, y modificatorio N°1 del 23/10/2023, amparado con la Disponibilidad Presupuestal N° 20230391, de fecha 17/10/2023 y Registro Presupuestal N° 20231846 de fecha 23/10/2023.

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	SEPTIEMBRE
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	EPS SANITAS S.A	4520903422	145.200
PENSIÓN	PORVERNIR	4520903422	185.800
ARL	POSITIVA	4520903422	12.300

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/aaaa)
Total cuotas por pagar	7
Cuota a pagar	5
Valor Contrato	$10.0000.000
Adición Otro Sí	$4.000.000
Saldo del Contrato	$6.000.000
Valor del Pago	$2.000.000
Saldo después de este pago	$4.000.000

Para constancia se firma en Santiago de Cali a 31 días del mes de OCTUBRE de 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:	**4520903422**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996100680

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 185.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 145.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 145.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 12.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 342.800**
VALOR MORA:	**$ 500**
TOTAL PAGADO:	**$ 343.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9423628777 DV: 408345
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 05/10/2023 10:27:46
PAP: 915099
Identificacion: 11932061
Nombre: TITO
Apellido 1: ASPRILLA
Apellido 2: VALENCIA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3162494431
Codigo Planilla: 452903422
Periodo Pago: 2023/09
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 11932061Valor: $343.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co