



ACTA DE PAGO

Por favor, lea atentamente el instructivo antes de diligenciar la información. Recuerde que las casillas en color azul no deben ser modificadas.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de presentación	DÍA / MES / AÑO 7 / 10 / 2025		
Tipo de persona	Natural	Tipo de Gasto	Inversión
No. de Cédula o NIT	1012344119		
Nombre o Razón Social	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		
Objeto del Contrato	Prestación de los servicios de apoyo la gestión para apoyar a la Oficina de Construcción adscrita a la Dirección de Infraestructura en las actividades relacionadas con el enlucimiento de los componentes de infraestructura del SITM MIO a cargo de Metro Cali S.A.		
No. de Contrato	917.104.2.428.2025	Fecha del Contrato	dd/mm/aaaa 4/08/25
No. de Registro Presupuestal	20250831	No. de Registro Presupuestal [Adición]	
Fecha del Registro Presupuestal	dd/mm/aaaa 4/08/25	Fecha del Registro Presupuestal [Adición]	dd/mm/aaaa
Número de cuotas:	2	de	3

En mi calidad de supervisor del contrato informo que el contratista cumple con:

OBLIGACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL

Certificación (Personas Jurídicas)

El contratista ha presentado una certificación en la que declara haber cumplido con todas las obligaciones relacionadas con la afiliación y el pago a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, así como con los aportes a las cajas de compensación familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Esto se realiza en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por las Leyes 828 y 797 de 2003.	Fecha de expedición certificado	DÍA	MES	AÑO
	Firmado por	Rev. Fiscal		
	Rep. Legal			

(Escoger una de las dos opciones Marcar con una X)

Planilla (Personas Naturales)

Periodo de pago

Agosto

	Tipo de Aporte	Entidad	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
El contratista ha presentado la planilla de aportes a la seguridad social, la cual ha sido pagada, cumpliendo así con las obligaciones de afiliación y pago correspondientes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales.	EPS	SALUD TOTAL	1074819226 - 1076384594	N.A.	\$178.000 - \$16.200
	PENSIÓN	PROTECCION	1074819226 - 1076384594	N.A.	\$227.800 - \$20.800
	ARL	Positiva Seguros	89611027- Septiembre	N.A.	\$ 108.200

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

(Escoger una de las dos opciones - Marcar con una X)

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	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 del estado fiscal:	X

ESTADO FISCAL GENERAL

DESCRIPCIÓN	VALOR
Factura No. (Cuando aplique)	
Fecha Factura (Cuando aplique)	
Valor inicial	\$ 11.652.000
Valor adición	\$ 0
Valor Total	\$ 11.652.000
Valor pagado a la fecha	\$ 3.884.000
Saldo actual	\$ 7.768.000
Valor de este pago	\$ 3.884.000
Saldo después de este pago	\$ 3.884.000

ESTADO FISCAL DE ANTICIPO

(Cuando aplique)

DESCRIPCIÓN	VALOR
Valor inicial	
Valor adición	
Valor Total	
Valor amortizado a la fecha	
Saldo actual	
Valor a amortizar con este pago	
Saldo después de este pago	

Francisco Javier Ortiz Quevedo
SUPERVISOR

Jefe Oficina de Construcción
CARGO DEL SUPERVISOR

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	805013171-8	METRO CALI S.A.		CALLE 26N # 2F 136	6600001	mavirama@metrocali.gov.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			VALLE DEL CAUCA	CALI	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	Y	09/09/2025	89611027	\$2.148.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.148.600				2.148.600	0	0	2.148.600			21.486	2.148.600	21

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	2.148.600	2.148.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	2.148.600	2.148.600

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	805013171-8	METRO CALI S.A.		CALLE 26N # 2F 136	6600001	mavirama@metrocali.gov.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			VALLE DEL CAUCA	CALI		
SI							

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	Y	09/09/2025	89611027	\$2.148.600

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IOE	IVA	IVA	IVA	VCT	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	16918024	ALZATE JIMENEZ HECTOR FABIO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.646.400	5	114.600		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	16989453	PEREZ MONTENEGRO OCTAVIO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	4	62.000		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	1127959560	LOPEZ ROMERO HECTOR ALEJANDRO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	1143836170	CHAMORRO ANGULO ANDRES FELIPE	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
5	CC	94456996	FRANCO ROSERO ALFREDO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
6	CC	6646412	LOPEZ CAMACHO GUSTAVO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
7	CC	1061498900	MEDINA QUITUMBO JOSE ABEL	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
8	CC	14838971	VELASCO TORO MARIO FERNANDO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
9	CC	1130650766	BALANTA GARCIA ELVEHER	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
10	CC	1118256566	MONCAYO MELO JHONATAN WILSON	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
11	PT	7908761	MOLINET SALAS ISAAC HILDEBRANDO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
12	CC	76045480	SALCEDO TOBAR JULIO CESAR	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
13	CC	1059900737	CAICEDO NIEVES GERSON OSIAS	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
14	CC	110537139	BONILLA CUELLAR CESAR ALFONSO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
15	PT	1407015	PEREZ LOBO MARKLYN JOSE	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
16	CC	1089568859	MORENO MUNOZ KEVIN ANDRES	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
17	CC	1061498091	MEDINA QUITUMBO EVERNEY	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
18	CC	1012344119	NOVOA YAGUARA EDWIN STEVEN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.553.600	5	108.200		0	0	0	0	0	0	0	0
19	CC	1143930803	ARBOLEDA CABEZAS DEIBY	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
20	CC	1064437679	PITO MENZA YEISON JACOBO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
21	CC	1151965992	PETTI ANGULO MARVIN STEVEN	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	14-23	1.657.200	5	115.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA 03/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDWIN ESTIVEN NOVOA YAGUARA		
Documento	CC1012344119	Dirección	CR 15 #2 - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3136641554
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSA	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	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 1012344119	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA	3	0	X																0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	\$1,423,500	\$227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,423,500	\$178,000	0.000	\$0	\$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$405,800

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, licen- cias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$0	\$227,800	\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$405,800	\$7,500	\$413,300

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!

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

Página 1 de 1

¡El Poder
de lo SIMPLE!

PAGADA 20/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDWIN ESTIVEN NOVOA YAGUARA		
Documento	CC1012344119	Dirección	CR 15 #2 - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3136641554
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	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 1012344119	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA	3	0	X								A								0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	\$1,423,500	\$227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,423,500	\$178,000	0.000	\$0	\$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$405,800
CC 1012344119	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA	3	0	X								C								0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	\$1,553,600	\$248,600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,553,600	\$194,200	0.000	\$0	\$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$442,800

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, licen- cias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$130,100	\$130,100	\$0	\$0	\$20,800	\$16,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$37,000	\$1,100	\$38,100

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!

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

Página 1 de 1

¡El Poder
de lo SIMPLE!

OCT 02 2025 18:27:11 ICT11.20 EX
EXITO SIMON BOLIVAR
CLL 70 CRA 28D ESQ AVE
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0013220090
C. BANC: 0001
ID CAJERO: 0193081693

TER: 120R2321

413.300

413.300

420.000

RECIBO: 008603

RRN: 011509

APRO: 229187

7 BANCO: 0001
6.700

IVA

0
0

IMP.
300
300

182330

15#247

ADDS = 1

Nit 890.900.608-9

25 DE 16/NOV/2016

AL 018000428800

GRAN CONTRIBUYENTE

RECAUDO
SERVICIO: 00006347
FACTURA: 000000000000008823366957
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO \$ 413.300

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios
prestados por el CB. El CB no puede prestar
servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

02/OCT/2025 18:21 00 15 0138 1693



NUT: 20251002005300150138
QZNML

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: GP4423411 413.300
TOTAL TRANSACCION: 413300
Este documento no es Factura de venta.

DESCARGA NUESTRA APP EXITO

- Superme

PAGO DE FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

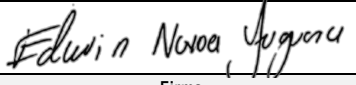
NUMERO TRANSACCION: 40723191
FECHA: 17/10/2025 HORA: 16:31:35
VENDEDOR: HECTOR STELLA MOSQUERA MOSQUERA
CR||5|N||||#|46|N|-|20||||
NIT: 805009514-5

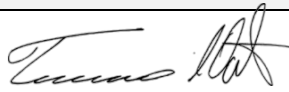
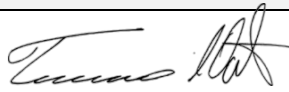
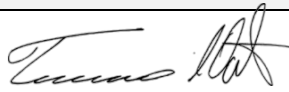
CODIGO SEGURIDAD
&6336&1236\$/\$

PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
REFERENCIA: 8823525085
NURA: 00001136
VALOR DEL PAGO: \$38,100
FECHA APLICACION: 20/10/2025
FECHA DEL PAGO: 17/10/2025 HORA: 16:31:35
NRO AUTORIZACION: 125814
PUNTO DE RECAUDO: 10240802

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO
DE OCCIDENTE. LA IMPRESIÓN DE ESTE
TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACIÓN.
VERIFIQUE LA INFORMACIÓN. ESTE ES EL
ÚNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.
REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCIÓN 3

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL			
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>					
FECHA	OCTUBRE 17 DE 2025	PERIODO- CUOTA	SEGUNDA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.428.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C./NIT)	1.012.344.119	
ÁREA	DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	APOYO A LA GESTION
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato		Prestación de los servicios profesionales como Economista para apoyar a la Dirección de Infraestructura en el seguimiento financiero de los proyectos de infraestructura en ejecución del SITM-MIO			
Valor del contrato		Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP	
		Número	Fecha	Número	Fecha
Valor inicial del contrato	\$ 11.652.000	20250224	21/04/25	20250831	4/08/25
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	\$11.652.000				
Plazo del contrato	Hasta el 30 de Octubre de 2025	Fecha Acta de Inicio	4/08/25	Fecha terminación	30/10/25
Modificatorios/Otrosi		Fecha modificadorio		Objeto modificadorio	
2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS					
COBRO DEL PERIODO					
NÚMERO DE FACTURA: <i>(Cuando aplique)</i>				Fecha de la Factura o cobro	
Valor del TOTAL Contrato (\$) <i>(Incluir adiciones si las hay)</i>	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 (\$)
\$ 11.652.000	3	2	\$ 7.768.000	\$ 3.884.000	\$ 3.884.000
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO <i>(Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)</i>		ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Indicar TOTALES las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación específica)</i>			SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS <i>(Cuando corresponda)</i>
		Actividades Terminal Paso del Comercio -Limpieza de sumideros y tunel vehicular			
1. Apoyar a la Oficina de Construcción en la ejecución de actividades relacionadas con el enlucimiento de elementos de la infraestructura a cargo de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, tales como: demarcación vial, acabados de obra blanca, instalación y/o mantenimiento de mobiliario urbano, luminarias, estructuras en altura, redes húmedas, así como el enlucimiento de espacio público y/o corredores viales y la recolección de residuos, de acuerdo a la programación general previamente acordada y las necesidades operativas que se identifiquen durante la ejecución del contrato.		Actividades Terminal Aguablanca: Actividades de impermeabilización muros patios, reparación de humedades, estuco de estos muros, reparación de aparatos sanitarios y lavamanos, aseo y cuidado de plantas. -Actividades de resanes, estuco y pintura en muros de patios y de fachadas de interior, reparación de aparatos sanitarios y pintura de muros de baños. -Actividades de resane, recolección de escombros y basura y aseo profundo en toda la zona de trabajo. Actividades de recibo y descargue de comedores y barandas para actividades de Metro Cali con la comunidad -Actividades de resane en cielos, puesta en funcionamiento de los ventiladores y pintura con gris basalto de las vigas del patio -Actividades de resane en cielos, y pintura con gris basalto de las pergolas del patio y pintura color ocre en muros de patios. Inicio de trabajos en los jardines -Actividades de resane y pintura en cielos, pintura color ocre en muros de patios. Inicio de trabajos en los jardines con la pega de los adoquines y la instalación del dispensador de agua -Actividades de conformación del jardín, instalación de malla electrosoldada para jardín vertical, pintura color ocre en muros de patios y recoger adoquines y arena en Metro Cali para llevar a la Terminal Aguablanca, lavar adoquines que se recogieron para la instalación. -Actividades de adecuación de jardín No. 2, pintura en muro interior de color verde, cambio de tomas exteriores en la plataforma de abordaje e instalación de dispensador de agua. -Actividades de rasqueteada de muro de fachada que se encuentra en malas condiciones la pintura y aseo general.			SOPORTES DRIVE

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL											
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>													
FECHA	OCTUBRE 17 DE 2025	PERIODO- CUOTA	SEGUNDA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.428.2025								
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C. /NIT)	1.012.344.119									
2. Realizar las demás actividades conexas, complementarias o necesarias para el adecuado cumplimiento del objeto contractual, que se encuentren alineadas con el alcance contratado, conforme a la naturaleza técnica del servicio público.		No se realizaron actividades derivadas de esta función.											
SEGURIDAD SOCIAL													
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.				Periodo pagado	AGOSTO								
Tipos de Aportes		Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)								
EPS		SALUD TOTAL		1074819226 - 1076384594	\$178.00 - \$16.200								
PENSIÓN		PROTECCION		1074819226 - 1076384594	\$227.800 - 20.800								
ARL		POSITIVA		89611027 septiembre	\$ 108.200								
DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA <i>(Marque SI o NO según el caso)</i>					<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO	X			X	X	
SI	NO												
X													
	X												
X													
1. DECLARO EN FORMA VOLUNTARIA Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO.													
2. DE ACUERDO CON EL ARTICULO 42 DEL DECRETO 3541 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA.													
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.													
EDWIN STEVEN NOVOA YAGARA		1.059.900.737											
Nombre completo del contratista		Número de Identificación		Firma									

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL												
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>														
FECHA	OCTUBRE 17 DE 2025	PERIODO- CUOTA	SEGUNDA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.428.2025									
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C./NIT)	1.012.344.119										
3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO														
ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA <i>(Según Manual de contratación y la normatividad que lo complementa o modifique)</i>														
				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 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 <i>(Escoger una de las dos opciones)</i>														
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.	2	VALOR CUOTA	\$ 3.884.000	FECHA COBRO	OCTUBRE 17 DE 2025									
OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR <i>(Consignar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)</i>														
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR														
Certifico que como supervisor verifiqué que el contratista <u>(cumplió/no cumplió)</u> con los aportes a la seguridad social conforme a las disposiciones legales vigentes.														
SI cumplió		X		NO cumplió										
<table border="1"> <tr> <td>FRANCISCO JAVIER ORTIZ QUEVEDO</td> <td>JEFE OFICINA DE CONSTRUCCION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre completo supervisor</td> <td>Cargo</td> <td>Firma</td> </tr> <tr> <td>Designado Supervisor mediante</td> <td colspan="2"><i>(determinar cláusula del contrato u oficio de designación según sea el caso)</i></td> </tr> </table>						FRANCISCO JAVIER ORTIZ QUEVEDO	JEFE OFICINA DE CONSTRUCCION		Nombre completo supervisor	Cargo	Firma	Designado Supervisor mediante	<i>(determinar cláusula del contrato u oficio de designación según sea el caso)</i>	
FRANCISCO JAVIER ORTIZ QUEVEDO	JEFE OFICINA DE CONSTRUCCION													
Nombre completo supervisor	Cargo	Firma												
Designado Supervisor mediante	<i>(determinar cláusula del contrato u oficio de designación según sea el caso)</i>													
Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.														