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

	DÍA	MES	AÑO
Fecha de presentación	18	11	2025

Tipo de persona	Natural	Tipo de Gasto	Funcionamiento
No. de Cédula o NIT	1151934190		
Nombre o Razón Social	Alejandra Agudelo Quintero		
Objeto del Contrato	Contrato prestación de servicios profesionales orientados a brindar soporte a la Dirección Comercial y de Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, en la gestión de la comunicación institucional mediante la elaboración de contenidos escritos y gráficos que contribuyan al desarrollo de las actividades y procesos vinculados a sus funciones y competencias		
No. de Contrato	917.104.2.591.2025	Fecha del Contrato (dd/mm/aaaa)	17/10/25
No. de Registro Presupuestal	20251264	No. de Registro Presupuestal [Adición]	
Fecha del Registro Presupuestal (dd/mm/aaaa)	17/10/25	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	DIA	MES	ANO

Firmado por (Escoger una de las dos opciones Marcar con una X)	Rev. Fiscal	Rep. Legal

Planilla (Personas Naturales) — **Periodo de pago**: Octubre

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.

Tipo de Aporte	Entidad	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	SOS Comfanid	1075781892	1821797294	$ 242.700
PENSIÓN	COLPENSIONES	1075781892	1821797294	$ 310.700
ARL	POSITIVA	1075781892	1821797294	$ 20.300

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.	
SÍ	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	$ 14.562.000
Valor adición	$ 0
Valor Total	$ 14.562.000
Valor pagado a la fecha	$ 4.854.000
Saldo actual	$ 9.708.000
Valor de este pago	$ 4.854.000
Saldo después de este pago	$ 4.854.000

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	

Mauricio Fernando Muñoz Ospina
SUPERVISOR

Jefe Oficina de comunicaciones
CARGO DEL SUPERVISOR

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

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	**18-nov-25**	**PERIODO- CUOTA**	**nov-02**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.591.2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO**		**Identificación (C.C. /NIT)**		**1,151,934,190**
ÁREA	**Dirección Comercial y Servicio al Cliente**			**TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Objeto del Contrato		**Contrato prestación de servicios profesionales orientados a brindar soporte a la Dirección Comercial y de Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, en la gestión de la comunicación institucional mediante la elaboración de contenidos escritos y gráficos que contribuyan al desarrollo de las actividades y procesos vinculados a sus funciones y competencias**			
Valor del contrato		**Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP**		**Registro Presupuestal - RP**	
		Número	**Fecha**	**Número**	**Fecha**
Valor inicial del contrato	**$14,562,000**	**20250365**	**18/09/2025**	**20251264**	**17/10/2025**
Valor adicionl del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	Catorce millones quinientos sesenta y dos MIL PESOS M/CTE. ($14.562.200)				
Plazo del contrato	*Desde el 17/10/2025 - Hasta el 31/12/2025*	Fecha Acta de Inicio	17/10/2025	Fecha terminación	31/12/2025
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 ($)**	**Saldo después de este pago ($)**
$ 14,562,000	**3**	**2**	**$ 9,708,000**	**$ 4,854,000**	**$ 4,854,000**

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades especificas 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)**
Brindar apoyo en la producción de contenidos y en la gestión de la comunicación enfocada en el área de Cultura y Gestión Social dentro del marco de los distintos programas y campañas con que cuenta Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración.	Brindó apoyo en el diseño y video de mascota para ETM por iniciativa de cultura y gestión social. Apoyó la labor de entrega de regalos en estaciones por parte de concesionarios en estaciones Unidad deportiva y Chiminangos el 31 de octubre.	ENLACE A CARPETA
Brindar apoyo a la gestión de la comunicación de la Dirección Comercial y Servicio al Cliente a través de la conceptualización, la redacción y la edición de boletines de prensa de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración.	Brindó apoyo en producción de las piezas audiovisuales de Escuela MIO y Picnic literario en la feria del libro.	ENLACE A CARPETA
Brindar apoyo a la gestión de la comunicación y en la producción de contenidos gráficos a través del diseño de piezas gráficas y presentaciones para todos los medios y canales de comunicación de Metro Cali en el marco del programa de Cultura MIO.	Brindó apoyo en escritura de boletines para el sitio web de la entidad en sección participación.	ENLACE A CARPETA
Las demás que sean necesarias para el cumplimiento eficiente y eficaz del objeto del presente contrato.	Participó en las reuniones de creatividad y tráfico de la jefatura de comunicaciones y de cultura y gestión social.	ENLACE A CARPETA

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

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	18-nov-25	PERIODO- CUOTA	nov-02	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.591.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO		Identificación (C.C. /NIT)		1,151,934,190

SEGURIDAD SOCIAL

El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.		Periodo pagado	Octubre 2025
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	SOS COMFANDI	1075781892	$ 242,700
PENSIÓN	COLPENSIONES	1075781892	$ 310,700
ARL	POSITIVA	1075781892	$ 20,300

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 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

ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	1,151,934,190	Alejandra Agudelo
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 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.	Segunda	**VALOR CUOTA**	$ 4,854,000	**FECHA COBRO**	18/11//2025

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	

MAURICIO FERNANDO MUÑOZ OSPINA	JEFE DE OFICINA DE COMUNICACIONES	
Nombre completo supervisor	**Cargo**	**Firma**
Designado Supervisor mediante	CLAUSULADO ANEXO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN No. 917.104.2.591.2025	

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

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-02, 01:47:28 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075781892

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823153579

PAGADO 02/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO		
Documento	CC1151934190	**Dirección**	CR 37 #1 OES - 45
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104372197
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	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días 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 1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.941.600	$ 310.700	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.941.600	$ 242.700	1,044	$ 1.941.600	$ 20.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 573.700

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
$ 1.941.600	$ 1.941.600	$ 1.941.600	$ 0	$ 310.700	$ 242.700	$ 20.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 573.700	$ 0	$ 573.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción 8823153579-202510-1019058

Referencia / PIN

8823153579

Periodo de cotización

202510

Numero aprobación (CUS)

1821797294

Banco

NEQUI

Valor pagado

$ 573.700

Fecha de pago

2025-10-02 13:26:41.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

NUEVO PAGO