



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

Periodo de presentación	MES 12	AÑO 2025	
Tipo de persona	Natural	Tipo de Gasto	Inversión
No. de Cédula o NIT	1144070919		
Nombre o Razón Social	DIANA ISABEL VALENCIA COLLAZOS		
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales para apoyar la implementación de acciones orientadas a la protección de la mujer dentro del SITM - MIO, mediante el acompañamiento en mesas de trabajo interinstitucionales convocadas por entidades del Distrito de Santiago de Cali, con el fin de aportar propuestas e insumos que contribuyan a la construcción de estrategias para el SITM - MIO.		
No. de Contrato	917.104.2.415.2025	Fecha del Contrato	dd/mm/aaaa 3/07/2025
No. de Registro Presupuestal	20250770	No. de Registro Presupuestal [Adición]	20251278
Fecha del Registro Presupuestal	dd/mm/aaaa 3/07/2025	Fecha del Registro Presupuestal [Adición]	dd/mm/aaaa 20/10/2025
Número de cuotas:	6	de	6

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

OBLIGACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL

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

PLANILLA (SOLO PERSONAS NATURALES)

Periodo de pago 1

Diciembre

Periodo de pago 2

Tipo de Aporte	Entidad	Periodo	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	Sura	Periodo 1	1077590503	1966370727	\$ 230.000
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	Protección	Periodo 1	1077590503	1966370727	\$ 294.400
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	Positiva	Periodo 1	1077590503	1966370727	\$ 19.300
		Periodo 2			
		Ajuste			

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Como supervisor de 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 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 Cumpliendo 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:

ESTADO FISCAL GENERAL

DESCRIPCIÓN	VALOR
Factura No. (Cuando aplique)	
Fecha Factura (Cuando aplique)	
Valor inicial	\$ 18.400.000
Valor adición	\$ 9.200.000
Valor Total	\$ 27.600.000
Valor pagado a la fecha	\$ 23.000.000
Saldo actual	\$ 4.600.000
Valor de este pago	\$ 4.600.000
Saldo después de este pago	\$ 0

[Inserte]

[contrato]

ANDREA RODRÍGUEZ CÁCERES
SUPERVISOR 1

Jefe de Cultura MIO y Gestión Social
CARGO DEL SUPERVISOR 1

[Inserte firma del supervisor del contrato]

SUPERVISOR 2

CARGO DEL SUPERVISOR 2

		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	Diciembre 5 de 2025	PERIODO- CUOTA	Diciembre-06	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.415.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA ISABEL VALENCIA COLLAZOS		Identificación (C.C. /NIT)	1.144.070.919	
ÁREA	Cultura Mio y Gestion Social			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales para apoyar la implementación de acciones orientadas a la protección de la mujer dentro del SITM - MIO, mediante el acompañamiento en mesas de trabajo interinstitucionales convocadas por entidades del Distrito de Santiago de Cali, con el fin de aportar propuestas e insumos que contribuyan a la construcción de estrategias para el SITM - MIO.				
Valor del contrato	Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP		
	Número	Fecha	Número	Fecha	
Valor inicial del contrato	\$ 18.400.000	20250265	6/20/2025	20250770	7/3/2025
Valor adicional del contrato	\$ 9.200.000	20250399	10/14/2025	20251278	10/20/2025
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	VEINTESiete MILLONES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 27.600.000)				
Plazo del contrato	Desde el 03/07/2025 - Hasta el 31/12/2025	Fecha Acta de Inicio	7/3/2025	Fecha terminación	12/31/2025
Modificatorios/Otros i	Desde el 1/11/2025 hasta el 31/12/2025	Fecha modificatorio	11/1/2025	Objeto modificatorio	Prestación de servicios profesionales para apoyar la implementación de acciones orientadas a la protección de la mujer dentro del SITM - MIO, mediante el acompañamiento en mesas de trabajo interinstitucionales convocadas por entidades del Distrito de Santiago de Cali, con el fin de aportar propuestas e insumos que contribuyan a la construcción de estrategias para el SITM - MIO.
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 (\$)	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 (\$)
\$ 27.600.000	6	6	\$ 4.600.000	\$ 4.600.000	\$ -
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO (Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)	ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO (Indicar TOTALES las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación específica)			SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)	
1. Apoyar en la planeación y ejecución de las estrategias que fortalezcan el programa Mujer y las actividades que se desarrollen dentro del programa Cultura MIO de buenos comportamientos y sentido de pertenencia con el SITM MIO, asistiendo a actividades de socialización de pedagogía, eventos de ciudad y promoción, en estaciones y terminales del SITM MIO y sus contextos.	1. Participo en la grabación del video institucional con motivo del 25N – día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/gA3BdnZmJjQJEvYYusBke_uOATQCZCxxMerJ4CvQ_Hche5s?e=4ICKzb	
2. Movilizar estrategias de cultura ciudadana de intervención en articulación con diferentes entidades locales, nacionales e internacionales que fortalezcan las actividades del área de Cultura y Gestión Social en lo concerniente al enfoque de género y protección de la mujer dentro del SITM MIO.	1. Participo en una reunión virtual con ACNUR con el propósito de fortalecer la articulación interinstitucional en torno a la prevención de las violencias de género y la implementación de acciones conjuntas dirigidas a las comunidades y usuarios del MIO.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/gA3BdnZmJjQJEvYYusBke_gAe-ry9LJ9BKXXTuVSj5qWIA7e=Ekoaxw	
3. Realizar las actividades de CULTURA MIO, dirigidas hacia el programa mujer (implementación del piloto protocolo lila, zona exclusiva Lila, entre otras) de acuerdo con las directrices de la Dirección Comercial y Servicio al cliente.	1. Realizo una capacitación dirigida a los operadores de GIT MASIVO, enfocada en el fortalecimiento de conocimientos sobre el Protocolo Lila y la implementación de las Zonas MIO Mujer.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/gBrNNTn9IQfS6sfz5qZVnQASYSootuXB7x8tYofogUJ7e=d1zsZh	
4. Realizar actividades de programación, ejecución y atención de los programas del área Cultura y Gestión Social, (entregar plan de actividades trimestrales, proyección de respuestas a solicitudes externas e internas, realización de informes de actividades) y las demás relacionadas al área de Cultura y Gestión Social.	1. Participo en una reunión con el equipo de cultura Mio y gestión social, para presentar los avances y alcances de cada uno de los programas. 2. Participo en el evento de reconocimiento realizado por la Secretaría de Bienestar Social, orientado a exaltar el compromiso de los prestadores de servicio en la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes. 3. Participé en la planeación estratégica del año 2026 con el equipo de la oficina de cultura y gestión social de metro Cali.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/gA3BdnZmJjQJEvYYusBke_FATFrC-n8ynFV2wOMWZ6e3Xs7e=Cmofoe	
5. Apoyar y coordinar las actividades a desarrollar por metro Cali en el marco del programa comunitario del decreto 0920 del 2024.	1. Participó en la jornada articulada con la Secretaría de Seguridad y Justicia, en la cual se desarrolló una actividad pedagógica con los infractores del Decreto 0920 de 2024.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/gD74Fo-f1fIRJi203xBP3L-AXE93MPK2-KYZIOuUeYfg6g7e=4BnAfIO	

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL			
Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	Diciembre 5 de 2025	PERIODO- CUOTA	Diciembre-06	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.415.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA ISABEL VALENCIA COLLAZOS		Identificación (C.C. /NIT)	1.144.070.919	
SEGURIDAD SOCIAL					
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.				Periodo pagado	DICIEMBRE 2025
Tipos de Aportes		Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)
EPS		SURA		1077590503	\$ 230.000
PENSIÓN		PROTECCIÓN		1077590503	\$ 294.400
ARL		POSITIVA		1077590503	\$ 19.300
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
DIANA ISABEL VALENCIA COLLAZOS		1.144.070.919		Diana Valencia	
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 (Segun Manual de contratación y la normatividad que lo complementa 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 (Elegir 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.	SEXTA	VALOR CUOTA	\$ 4.600.000	FECHA COBRO	Diciembre 5 del 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 <u>(cumplió/no cumplió)</u> con los aportes a la seguridad social conforme a las disposiciones legales vigentes.					
SI cumplió		X		NO cumplió	
Andrea Rodríguez Cáceres		Jefe de Cultura Mio y Gestión Social			
Nombre completo supervisor		Cargo		Firma	
Designado Supervisor mediante		Clausula DÉCIMA OCTAVA SUPERVISIÓN Y CONTROL - CLAUSULADO ANEXO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN No. 917.104.2.415.2025			
Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.					

PAGADO 29/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA ISABEL VALENCIA COLLAZOS		
Documento	CC1144070919	Dirección	CL 12 #29 B - 78 COLSEGUROS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3042909565
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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SGE	LMC	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 1144070919	DIANA ISABEL VALENCIA COLLAZOS	59	00	X															0	30	30	30	0		(230201) PROTECCION	\$ 1.840.000	\$ 294.400	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.840.000	\$ 230.000	1,044	\$ 1.840.000	\$ 19.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 543.700	

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
\$ 1.840.000	\$ 1.840.000	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 294.400	\$ 230.000	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 543.700	\$ 0	\$ 543.700

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!

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!

**PSE - Transacción Aprobada** **CUS 1966370727**

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Sáb 29/11/2025 12:04 PM

Para dianaisa0306@hotmail.com <dianaisa0306@hotmail.com>



¡Hola, Diana Isabel valencia Collazos !

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 543.700

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS
ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823664812-202512-1233558.
idTrans:1233558

Fecha de la transacción: 29/11/2025

CUS: 1966370727

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.