



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	1143850206		
Nombre o Razón Social	ESTEFANY VALENCIA AGUILAR		
Objeto del Contrato	Prestar los servicios de apoyo a la gestión orientados a brindar acompañamiento en el suministro de información a los usuarios del Sistema Integrado de Transporte Masivo - SITM MIO, conforme a los lineamientos, directrices y requerimientos establecidos por la Jefatura de Atención al Usuario de la Dirección Comercial y de Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, con el fin de garantizar una atención oportuna, clara y eficiente a la ciudadanía usuaria del sistema.		
No. de Contrato	917.104.2.637.2025	Fecha del Contrato	dd/mm/aaaa 24/11/2025
No. de Registro Presupuestal	20251401	No. de Registro Presupuestal [Adición]	
Fecha del Registro Presupuestal	dd/mm/aaaa 24/11/2025	Fecha del Registro Presupuestal [Adición]	dd/mm/aaaa
Número de cuotas:	1	de	2

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 CERTIFICADO Periodo de pago 2

Tipo de Aporte	Entidad	Periodo	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	EPS SANITAS	Periodo 1	CERTIFICADO		\$ 0
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	PORVENIR	Periodo 1	CERTIFICADO		\$0
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	POSITIVA	Periodo 1	CERTIFICADO		\$0
		Periodo 2			
		Ajuste			

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 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	\$ 3,082,500
Valor adición	\$ 0
Valor Total	\$ 3,082,500
Valor pagado a la fecha	\$ 0
Saldo actual	\$ 3,082,500
Valor de este pago	\$ 1,027,500
Saldo después de este pago	\$ 2,055,000

[Inserte firma del supervisor del contrato]

MELISSA VERGARA BOTERO
SUPERVISOR 1

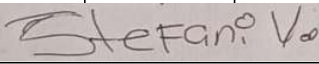
Jefe de Oficina de Mercadeo y Explotación Comercial.
CARGO DEL SUPERVISOR 1

[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	05 DE DICIEMBRE 2025	PERIODO- CUOTA	NOVIEMBRE_01	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.637.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ESTEFANY VALENCIA AGUILAR		Identificación (C.C. /NIT)	1,234,195,540	
ÁREA	Dirección Comercial y Servicio al Cliente			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	APOYO A LA GESTION
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato	Prestar los servicios de apoyo a la gestión orientados a brindar acompañamiento en el suministro de información a los usuarios del Sistema Integrado de Transporte Masivo - SITM MIO, conforme a los lineamientos, directrices y requerimientos establecidos por la Jefatura de Atención al Usuario de la Dirección Comercial y de Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, con el fin de garantizar una atención oportuna, clara y eficiente a la ciudadanía usuaria del sistema.				
Valor del contrato	Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP		
	Número	Fecha	Número	Fecha	
Valor inicial del contrato	\$ 3,082,500	20250317	21/08/2025	20251401	24/11/2025
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	OCHO MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/TCE. (\$8.220.000)				
Plazo del contrato	Desde el 24/11/2025- Hasta el 31/12/2025	Fecha Acta de Inicio	24/11/2025	Fecha terminación	31/12/2025
Modificatorios/Otrosi		Fecha modificadorio		Objeto modificadorio	
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 (\$)
\$ 3,082,500	2	1	\$ 3,082,500	\$ 1,027,500	\$ 2,055,000
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>	
1. Brindar apoyo en las acciones de socialización, comunicación e información dirigidas a los usuarios del Sistema Integrado de Transporte Masivo – SITM MIO, en el marco de las campañas de servicio y pedagogía adelantadas por la Dirección Comercial y de Servicio al Cliente, conforme a las orientaciones impartidas por la Jefatura de Atención al Usuario.		Brindó apoyo en la socialización de información y realizó personalización de tarjetas, brindó información a los usuarios sobre las múltiples ventajas de personalizar su tarjeta MIO en las diferentes estaciones y terminales de la ciudad.		https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/lqB8lY9l-lrXRpgg9DRCtbEeAZ_X-DtdYURx_Vx-N11eSpY?e=342w2c	
2. Apoyar la participación en las mesas de trabajo, espacios de formación y reuniones convocadas por la Jefatura de Atención al Usuario, que resulten pertinentes para el fortalecimiento de las estrategias de información, atención y relacionamiento con los usuarios del SITM MIO, sin que ello implique la asunción de funciones permanentes o de carácter misional.		Brindó y participó de los eventos de posicionamiento de marca; Facilitando información no solo a los usuarios del SITM MIO si no también a los potenciales nuevos (usuarios) sobre la importancia y las ventajas de adquirir la tarjeta; como también facilitar el proceso de personalización de tarjetas sin tener que desplazarse a un CICAC (centro de atención al usuario).		https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/lqAaYb4efREhRoytLn0TiQIR_AawYlGQUt3wvYXAwMOiROk?e=kyW4gw	
3. Las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.		Informó al grupo: Eventos y Cultura Mio que recojo/entrego, implementos utilizados en la actividad de personalización tales como (mesas- sillas - equipo de computo, banderines, roll up), también asistió a mesas de trabajo (reuniones convocadas por el coordinador o supervisor de contrato.), Apoyó en la transcripción de los correos para formalizar la base de datos requerida por la oficina de mercadeo.		https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/bkcomercial_metrocali_gov_co/lqA8RQ0AVrfdRoAE7c0n7VUkAW4alQgqirgEvvyZ2KAYEoc?e=FPGDUD	

		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	05 DE DICIEMBRE 2025	PERIODO- CUOTA	NOVIEMBRE_01	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.637.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ESTEFANY VALENCIA AGUILAR		Identificación (C.C. /NIT)	1,234,195,540	
SEGURIDAD SOCIAL					
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.				Periodo pagado	CERTIFICADOS
Tipos de Aportes		Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)
EPS		SURA		CERTIFICADO	\$ -
PENSIÓN		PORVENIR		CERTIFICADO	\$ -
ARL		POSITIVA		CERTIFICADO	\$ -
DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA <i>(Marque SI o NO según el caso)</i>					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
ESTEFANY VALENCIA AGUILAR		1,234,195,540			
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 <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 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.	PRIMERA	VALOR CUOTA	\$ 1,027,500	FECHA COBRO	05 DE DICIEMBRE 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	
MELISSA VERGARA BOTERO					
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. 917.104.2.637.2025			
<i>Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.</i>					



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Estefany Valencia Aguilar, identificado(a) con CC número 1143850206, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1143850206
NOMBRES Y APELLIDOS	Estefany Valencia Aguilar
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/09/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2004
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	835 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	07/03/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1143850206 ESTEFANY VALENCIA AGUILAR Desde 01/01/2020 - Vigente

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ESTEFANY VALENCIA AGUILAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.850.206**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	Metro Cali S.A		
Tipo de documento de identificación	NIT	número de documento de identificación	805013171
Datos del contratista			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1143850206	Estado de afiliación	Activa
Fecha última cobertura	25/11/2025	Nombres y apellidos	ESTEFANY VALENCIA AGUILAR
Fecha inicio contrato	25/11/2025	Fecha de retiro	31/12/2025
Fecha fin contrato	31/12/2025	Tipo de vinculación	Independiente
Clase de riesgo	2		

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de noviembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24112025N1143850206A424800**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaCol  PositivaSeguros

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co