



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 1	AÑO 2026	
Tipo de persona	Natural	Tipo de Gasto	Inversión
No. de Cédula o NIT	1151934190		
Nombre o Razón Social	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales en la Oficina de Comunicaciones de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, para la gestión de la comunicación interna y externa mediante la elaboración de contenidos escritos y gráficos que contribuyan al desarrollo de las actividades y procesos de la entidad y del Masivo Integrado de Occidente, MIO		
No. de Contrato	917.104.2.262.2026	Fecha del Contrato	dd/mm/aaaa 26/1/2026
No. de Registro Presupuestal	20260332	No. de Registro Presupuestal [Adición]	
Fecha del Registro Presupuestal	dd/mm/aaaa 23/1/2026	Fecha del Registro Presupuestal [Adición]	dd/mm/aaaa
Número de cuotas:	1	de	9

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		Periodo de pago 2	
-------------------	--	-------------------	--

Tipo de Aporte	Entidad	Periodo	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	S.O.S.	Periodo 1	CERTIFICADO		
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	COLPENSIONES	Periodo 1	CERTIFICADO		
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	POSITIVA	Periodo 1	CERTIFICADO		
		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	\$ 46,307,160
Valor adición	\$ 0
Valor Total	\$ 46,307,160
Valor pagado a la fecha	\$ 0
Saldo actual	\$ 46,307,160
Valor de este pago	\$ 5,145,240
Saldo después de este pago	\$ 41,161,920

[Inserte contrato]

MAURICIO FERNANDO MUÑOZ OSPINA.

SUPERVISOR 1

JEFE DE OFICINA DE COMUNICACIONES.

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	23-Jan-26	PERIODO- CUOTA	ENE-01	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.262.2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Alejandra Agudelo Quintero		Identificación (C.C. /NIT)	1,151,934,190	
ÁREA	OFICINA DE COMUNICACIONES			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales en la Oficina de Comunicaciones de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, para la gestión de la comunicación interna y externa mediante la elaboración de contenidos escritos y gráficos que contribuyan al desarrollo de las actividades y procesos de la entidad y del Masivo Integrado de Occidente, MIO				
Valor del contrato	Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP		
	Número	Fecha	Número	Fecha	
Valor inicial del contrato	\$ 46,307,160	20260065	1/9/2026	20260332	1/23/2026
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	cuarenta y seis millones trescientos siete mil ciento sesenta PESOS M/CTE.				
Plazo del contrato	Desde el 26/01/2026 - Hasta el 30/09/2026	Fecha Acta de Inicio	1/26/2026	Fecha terminación	9/30/2026
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 (\$)
\$ 46,307,160	9	1	\$ 46,307,160	\$ 5,145,240	\$ 41,161,920
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO (Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)	ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO (Indicar TODAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación específica)			SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)	
Brindar soporte en la elaboración y producción de contenidos, así como en la gestión de la comunicación institucional, con énfasis en el área de Cultura MIO y Gestión Social, en el marco de los programas y campañas que desarrolle la Oficina de Comunicaciones de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración.	brindó apoyo elaborando audios para buses por petición de la Oficina de Cultura y Gestión social.			ENLACE	
Apoyar la gestión de la comunicación de la Oficina de Comunicaciones de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, mediante la conceptualización, redacción y edición de materiales informativos, boletines y comunicados institucionales	brindó apoyo elaborando boletines de prensa de cultura y gestión social para el website de la entidad sobre rendición de cuentas 2025.			ENLACE	
Brindar soporte a la Oficina de Comunicaciones de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración en la producción de contenidos gráficos e informativos, a través del diseño y preparación de piezas gráficas, presentaciones y demás materiales de apoyo para los diferentes medios y canales institucionales.	Brindó apoyo elaborando boletín de mesas de accesibilidad.			ENLACE	
Las demás que sean necesarias para el cumplimiento eficiente y eficaz del objeto del presente contrato.	N/A			ENLACE	
				ENLACE	

		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	23-Jan-26	PERIODO- CUOTA	ENE-01	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.262.2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Alejandra Agudelo Quintero		Identificación (C.C. /NIT)	1,151,934,190	
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.			Periodo pagado	CERTIFICADO	
Tipos de Aportes		Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)
EPS		SOS Comfanid		CERTIFICADO	\$ -
PENSIÓN		COLPENSIONES		CERTIFICADO	\$ -
ARL		POSITIVA		CERTIFICADO	\$ -
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		#VALUE!	
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 normalidad 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	\$ 5,145,240	FECHA COBRO	23-Jan-26
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		
MAURICIO MUÑOZ OSPINA		JEFE 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. 917.104.2.262.2026			
Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.					

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO** identificado con **CC No. 1151934190**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Metro Cali S.A - NI 805013171	Fecha de inicio de cobertura: 24/01/2026 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 23/01/2026 Fecha fin de Contrato: 30/09/2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 Clase de Riesgo: 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de enero de 2026.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
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.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) **ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO**, identificado(a) con CC 1151934190 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 07/09/2012 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: **ACTIVO** por el Régimen **CONTRIBUTIVO**, en calidad de **COTIZANTE**

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	NI	901156563	COMERCIALIZADORA AFAR SAS	2025/01	1
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	NI	901644787	DISTRIVENTAS CARVAJAL DEL VALLE SAS	2025/02	4
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	NI	901644787	DISTRIVENTAS CARVAJAL DEL VALLE SAS	2025/03	1
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/04	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	NI	901156563	COMERCIALIZADORA AFAR SAS	2025/04	1
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	NI	901156563	COMERCIALIZADORA AFAR SAS	2025/04	3
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/05	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	NI	901156563	COMERCIALIZADORA AFAR SAS	2025/05	1
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/06	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/07	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/08	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/09	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/10	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/11	30
CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	CC	1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	2025/12	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los VEINTIOCHO (28) días del mes de ENERO del año 2026.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,



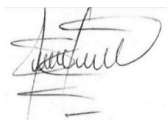
Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1151934190**, se encuentra afiliado/a desde **11/09/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA