



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	Funcionamiento	
No. de Cédula o NIT	1144095125	
Nombre o Razón Social	ISABELLA GARCIA GOMEZ	
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO POLITOLOGA A LA VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA DE METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN	
No. de Contrato	917.104.2.212.2026	Fecha del Contrato dd/mm/aaaa 26/01/26
No. de Registro Presupuestal	20260278	No. de Registro Presupuestal [Adición]
Fecha del Registro Presupuestal	dd/mm/aaaa 23/01/26	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 <i>(Escoger una de las dos opciones Marcar con una X)</i>	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	Sura	Periodo 1	44556367	19675094	\$ 292.600
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	Protección	Periodo 1	44556367	19675094	\$ 374.600
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	Positiva	Periodo 1	44556367	19675094	\$ 24.500
		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	\$ 52.668.000
Valor adición	\$ 0
Valor Total	\$ 52.668.000
Valor pagado a la fecha	\$ 0
Saldo actual	\$ 52.668.000
Valor de este pago	\$ 5.852.000
Saldo después de este pago	\$ 46.816.000

[Inserte firma del supervisor del contrato]

NELSON FELIPE MONTOYA MONTOYA
SUPERVISOR 1

VICEPRESIDENTE EJECUTIVO
CARGO DEL SUPERVISOR 1

[Inserte firma del supervisor del contrato]

SUPERVISOR 2

CARGO DEL SUPERVISOR 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144095125	ISABELLA GARCIA GOMEZ		cra. 68 # 13b-30	3218036002	miggomez97@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	30/01/2026	44556367	\$691.700	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	292.600	0		0		0	0	0	0	292.600	1

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	374.600	0	0	0	0	0	0	0	374.600	1

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	24.500				24.500	0	0	24.500			245	24.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	1	292.600	292.600
Pensión	1	374.600	374.600
Riesgos Laborales	1	24.500	24.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	691.700	691.700


DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144095125	ISABELLA GARCIA GOMEZ		cra. 68 # 13b-30	3218036002	miggomez97@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	30/01/2026	44556367	\$691.700		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contenido	Subtipo	Edad (año)	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CDR	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	1144095125	GARCIA GOMEZ ISABELLA	59	0		N																		230201	2.340.800	374.600	0	0	0	0	EPS010	2.340.800	292.600	14-23	2.340.800	2	24.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

 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	30 de ENERO 2025	PERIODO- CUOTA	ene-01	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.212.2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ISABELLA GOMEZ GARCIA		Identificación (C.C./NIT)	1.144.095.125	
ÁREA	VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO POLITOLOGA A LA VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA DE METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN				
Valor del contrato	Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP		
	Número	Fecha	Número	Fecha	
Valor inicial del contrato	\$ 52.668.000	20260025	6/01/26	20260278	23/01/26
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	CINCUENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE (\$ 52.668.000)				
Plazo del contrato	Desde el 26 de enero de 2026 - Hasta el 30 de septiembre de 2026	Fecha Acta de Inicio	26/01/26	Fecha terminación	30/09/26
Modificatorios/Otrosi		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	30-ene-26
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 (\$)
\$ 52.668.000	9	1	\$ 52.668.000	\$ 5.852.000	46.816.000
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO <i>(Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)</i>	ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Indicar TOTAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación específica)</i>			SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS <i>(Cuando corresponda)</i>	
1.- Apoyar en la elaboración de informes, presentaciones y demás insumos requeridos para la toma de decisiones	La contratista apoyo en la elaboración de los actos de la reunión con Dirección Comercial y las oficinas adscritas realizada el 28 de enero del 2026.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/igarcia_metrocali_gov_co/IgAp8pzokWbvtb1FJcLD19a2AWAMIFAwUPLFWc-JuGwPgzGs?e=HCsdHn	
2.- Apoyar en la articulación interinstitucional con entidades del orden municipal, departamental y nacional, así como con actores del sistema de transporte.	La contratista apoyo la articulación interinstitucional con Magneto Empleos para la feria de empleabilidad realizada en el mes de enero 2026.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/igarcia_metrocali_gov_co/IgDzZ0BU8AbQpxi5mMptk8HAGVe5_gbmHrYO5XEiNat7eo?e=A9UY3K	
3.- Apoyar el seguimiento a compromisos, acuerdos y tareas asignadas en mesas de trabajo y reuniones en las que participe la Vicepresidencia	No se realizaron actividades para este periodo				
4.- Participar en la planificación y desarrollo de estrategias de relacionamiento institucional, comunicación y gestión de intereses.	La contratista participo en la planificación y desarrollo de estrategias de comunicación realizadas en el mes de enero 2026 que derivaron en			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/igarcia_metrocali_gov_co/IgCAvPcSwzHZQrSxxHr0dITrAWG-pBgrVe10mClugUBJ7Fo?e=ekde1hl	
5.- Apoyar administrativamente el manejo de información confidencial, y control de cronogramas o actividades asignadas.	La contratista apoyo administrativamente en el desarrollo del plan de trabajo de la vicepresidencia ejecutiva del primer trimestre del 2026 y apoyo la revisión de cuenta de cobro del mes de enero del 2026 de los contratista de la Vicepresidencia Ejecutiva.			https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/igarcia_metrocali_gov_co/IgCkN5nctQzRQJDBPBbS50LcARLp-xG_qkQ0GGBHL_wvC4Q?e=3ns8Z6	
6.- Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato relacionadas con el objeto contractual.	No se realizaron actividades para este periodo				



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

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	30 de ENERO 2025	PERIODO- CUOTA	ene-01	CONTRATO NÚMERO	PS - 917.104.2.212.2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ISABELLA GOMEZ GARCIA		Identificación (C.C./NIT)	1.144.095.125		
SEGURIDAD SOCIAL						
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.				Periodo pagado	ENERO 2026	
Tipos de Aportes	Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)		
EPS	SURA		44556367	\$ 292.600		
PENSIÓN	PROTECCION		44556367	\$ 374.600		
ARL	POSITIVA		44556367	\$ 24.500		
DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA <i>(Márque 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 ADIUNTA.					x	
ISABELLA GOMEZ GARCIA	1.144.095.125		<i>Isabella Garcia G</i>			
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	\$ 5.852.000	FECHA COBRO	30/01/26	
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				
NELSON FELIPE MONTOYA MONTOYA	VICEPRESIDENTE EJECUTIVO		<i>Nelson Felipe Montoya Montoya</i>			
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. 917.104.2.212.2026					
<i>Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.</i>						



PUBLICACIÓN EVIDENCIAS EN EL SECOP II CUOTA 1

Este documento debe subirse al SECOP II en PDF, No escanear

Número del contrato <i>Escriba el número completo del contrato</i>	1.144.095.125
Nombre del contratista <i>Indicar el nombre y apellido del contratista tal y como esta en el contrato</i>	Isabella García Gomez
Cédula No. <i>Escriba el número de la cedula del contratista</i>	1144095125
Nombre y cargo del supervisor <i>Escriba el nombre completo y cargo del supervisor del contrato</i>	Nelson Felipe Montoya Montoya Vicepresidente Ejecutivo

Evidencias cuota No. 1 de 9

(Indicar el número de la cuota a la que corresponde la evidencia y el numero tola de cuotas del contrato)

Enlace (Link) del DRIVE. <i>Copie el enlace útil</i>	CUOTA NO. 1
--	-----------------------------

Captura del contenido de la carpeta del contratista de la cuota

(incluir un pantallazo del detalle de la carpeta al mes que corresponda)

Nombre	Modificado	Modificado...	Tamaño del ar...	Compartir	Actividad
ACTIVIDAD NO. 1	hace 13 minutos	Isabella García Gor	1 elemento	Compartida	Usted compartió este archivo · hace 10m
ACTIVIDAD NO. 2	hace 13 minutos	Isabella García Gor	1 elemento	Compartida	Usted compartió este archivo · hace 8m
ACTIVIDAD NO. 3	hace 13 minutos	Isabella García Gor	0 elementos	Privado	
ACTIVIDAD NO. 4	hace 13 minutos	Isabella García Gor	2 elementos	Compartida	Usted compartió este archivo · hace 7m
ACTIVIDAD NO. 5	hace 13 minutos	Isabella García Gor	2 elementos	Compartida	Usted compartió este archivo · hace 7m
Actividad NO. 6	hace 13 minutos	Isabella García Gor	0 elementos	Privado	