



## 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

Período de presentación	MES <b>5</b>	AÑO <b>2026</b>
Tipo de persona	Natural	
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: <b>5</b> de <b>9</b>		

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

#### PLANILLA (SOLO PERSONAS NATURALES)

Período de pago 1 **Mayo**      Período de pago 2

Tipo de Aporte	Entidad	Período	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	SURA	Periodo 1	84344817	324909875	\$ 292.600
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	PROTECCION	Periodo 1	84344817	324909875	\$ 374.600
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	POSITVA	Periodo 1	84344817	324909875	\$ 24.500
		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	\$ 52.668.000
Valor adición	\$ 0
<b>Valor Total</b>	<b>\$ 52.668.000</b>
Valor pagado a la fecha	\$ 23.408.000
Saldo actual	\$ 29.260.000
Valor de este pago	\$ 5.852.000
Saldo después de este pago	\$ 23.408.000

[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	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84344817	21/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$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		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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>691.700</b>	<b>691.700</b>

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84344817	21/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$691.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	SP	SP	SP	SENA	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización/Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	30	374.600	0	0	0	0	EPS010	2.340.800	30	292.600	14-23	2.340.800	30	2	24.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



## Comprobante en línea

20 May 2026 22:12

Pago PSE



**Pago exitoso**

CUS 324909875

Comercio  
**COMPENSAR-OI**

Referencia 1  
**140.248.44.21**

Fecha  
**20 May 2026 22:12**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**84344817**

Referencia 3  
**1144095125**



Descripción del pago  
**MiPlanillacom Pago Proteccion Social**

Valor del Pago  
**\$691.700**

Número de comprobante  
**TR260520221159ApYs3F**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Producto**  
**\*\*\*\* 4552**

 <b>CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS</b> <b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL</b> <b>E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL</b> <i>Para diligenciar consulte la Hoja "Instructivo"</i>						
FECHA	29-may-26	PERIODO- CUOTA	Mayo - Cuota 5	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.212.2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ISABELLA GARCIA GOMEZ		Identificación (C.C./NIT)	1144095125		
ÁREA	VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Servicios Profesionales	
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO</b>						
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO POLITÓLOGA 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-ene-26	20260278	2026-01-23	
Valor adicional del contrato	\$ 0					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	\$ 52.668.000					
Plazo del contrato	26 enero al 30 septiembre 2026	Fecha Acta de Inicio	26/01/2026	Fecha terminación	30/09/2026	
Modificatorios/Otrosi	relacionar el número del modificatorio	Fecha modificatorio		Objeto modificatorio		
<b>2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS</b>						
<b>COBRO DEL PERIODO</b>						
NÚMERO DE FACTURA: (Cuando aplique)			Fecha de la Factura o cobro	20-may-26		
Valor del TOTAL Contrato (\$) (Incluir adiciones si las hay)	Número de las 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	5	\$ 29.260.000	\$ 5.852.000	\$ 23.408.000	
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO (Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)		4. Participar en la planificación y desarrollo de estrategias de relacionamiento institucional, comunicación y gestión de intereses.			SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)	
1. Apoyar en la elaboración de informes, presentaciones y demás insumos requeridos para la toma de decisiones.		Apoyó en la elaboración de insumos requeridos para las reuniones con la Dirección Comercial del mes de mayo del 2026.			<a href="#">Cuenta No. 5</a>	
2. Apoyar en la articulación interinstitucional con entidades del orden municipal, departamental y nacional, así como con actores del sistema de transporte.		Apoyó en la articulación interinstitucional con la empresa Magneto para el desarrollo de ferias de empleabilidad realizadas en mayo 2026 y con el Centro de Bienestar Polis de la Universidad ICESI para las actividades de la campaña "El Bienestar es MIO".				
3. Apoyar el seguimiento a compromisos, acuerdos y tareas asignadas en mesas de trabajo y reuniones en las que participe la Vicepresidencia.		Apoyó en el seguimiento de compromisos de las mesas de trabajo realizadas por la Vicepresidencia Ejecutiva en mayo 2026 con la Dirección Comercial y con el equipo de la Vicepresidencia Ejecutiva.				
4. Participar en la planificación y desarrollo de estrategias de relacionamiento institucional, comunicación y gestión de intereses.		Participó en el desarrollo de propuestas de estrategias de comunicación con enfoque comercial (mayo 2026).				
5. Apoyar administrativamente el manejo de información confidencial, y control de cronogramas o actividades asignadas.		Apoyó con la revisión de cuentas de cobro del contratista de la vicepresidencia ejecutiva en el mes de mayo del 2026.				
6. Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato relacionadas con el objeto contractual.		Durante este periodo no se requirió el desarrollo de la actividad.				
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>						
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.			Periodo pagado	Mayo2026		
Tipos de Aportes	Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)		
EPS	EPS SURA		84344817	292.600		
PENSIÓN	PROTECCIÓN		84344817	374.600		
ARL	POSITIVA		84344817	24.500		
<b>DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</b> ( Marque SI o NO según el caso)					<b>SI</b>	<b>NO</b>
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	
ISABELLA GARCIA GOMEZ	1.144.095.125					
Nombre completo del contratista	Número de Identificación		Firma			

		<b>CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL</b>				
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>						
FECHA	29-may-26	PERIODO- CUOTA	Mayo - Cuota 5	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.212.2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ISABELLA GARCIA GOMEZ		Identificación (C.C./NIT)	1144095125		
<b>3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>						
<b>ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA (Según Manual de contratación y la normatividad que lo complementa o modifique )</b>						
					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 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	
<b>CONCEPTO DEL SUPERVISOR ( Escoger una de las dos opciones)</b>						
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:						
<b>NO</b>	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.					
<b>SI</b>	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.	5	VALOR CUOTA	\$ 5.852.000	FECHA COBRO	29/05/26	
<b>OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR (Consignar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)</b>						
<b>CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR</b>						
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			
NELSON FELIPE MONTOYA MONTOYA		VICEPRESIDENTE EJECUTIVO				
Nombre completo supervisor		Cargo		Firma		
Designado Supervisor mediante		<i>Comunicación de Designación de Supervisor del 22 de enero de 2026</i>				
<i>Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.</i>						

METRO CALI S.A. ACUERDO DE RESTRUCTURACIÓN  
CONTRATO No. 917.104.2.212.2026  
NOMBRE DE CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES CUOTA No. 5

Objeto del Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO POLITOLOGA A LA VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA DE METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN

Supervisor(a): NELSON FELIPE MONTOYA MONTOYA – vicepresidente Ejecutivo

De acuerdo con las obligaciones específicas contenidas en el complemento al contrato electrónico, ejecute a cabalidad las siguientes actividades dentro del plazo contractual establecido así:

ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL	RESULTADOS Y AVANCES DE LA GESTIÓN REALIZADA EN EL PERIODO
1. Apoyar en la elaboración de informes, presentaciones y demás insumos requeridos para la toma de decisiones.	Apoyé en la elaboración de insumos requeridos para las reuniones con la Dirección Comercial de mes de mayo del 2026.
2. Apoyar en la articulación interinstitucional con entidades del orden municipal, departamental y nacional, así como con actores del sistema de transporte.	Apoyé en la articulación interinstitucional con la con la empresa Magneto para el desarrollo de ferias de empleabilidad realizadas durante el mes de mayo del 2026 en el sistema y con el Centro de Bienestar Polis de la Universidad ICESI para el desarrollo de las actividades mensuales de la campaña “El Bienestar es MIO”.
3. Apoyar el seguimiento a compromisos, acuerdos y tareas asignadas en mesas de trabajo y reuniones en las que participe la Vicepresidencia.	Apoyé en el seguimiento de compromisos de las mesas de trabajo realizadas por la vicepresidencia ejecutiva en el mes de mayo del 2026 con la Dirección Comercial y con el equipo de la Vicepresidencia Ejecutiva.
4. Participar en la planificación y desarrollo de estrategias de relacionamiento institucional, comunicación y gestión de intereses.	Participé en el desarrollo de propuestas de estrategias de comunicación con enfoque comercial durante el mes de mayo del 2026.
5. Apoyar administrativamente el manejo de información confidencial, y control de cronogramas o actividades asignadas.	Apoyé con la revisión de cuentas de cobro del contratista de la vicepresidencia ejecutiva en el mes de mayo del 2026.
6. Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato relacionadas con el objeto contractual.	Durante este periodo no se requirió el desarrollo de la actividad.

Nota: El contratista deberá pegar aquí el Link suministrado por su supervisor para el cargue de Carpetas completa con evidencias y/o fotos: [Cuenta No. 5](#)

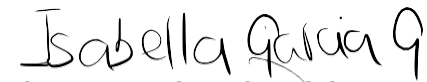
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: De conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios, certifico que he cumplido con los pagos correspondientes a los sistemas de seguridad social en salud, pensión y ARL, de acuerdo con las bases de cotización establecidas en las bases vigentes.

Periodo de Cotización: Mayo/2026

Número de Planilla: 84344817

Fecha de pago: 21/Mayo/2026

Atentamente,



ISABELLA GARCIA GOMEZ – Contratista

C.C: 1144095125

Santiago de Cali, 29 de Mayo del 2026



## PUBLICACIÓN EVIDENCIAS EN EL SECOP II

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

<b>Número del contrato</b> <i>Escriba el número completo del contrato</i>	<b>917.104.2.212.2026</b>
<b>Nombre del contratista</b> <i>Indicar el nombre y apellido del contratista tal como está en el contrato</i>	<b>ISABELLA GARCIA GOMEZ</b>
<b>Cédula No.</b> <i>Escriba el número de la cédula del contratista</i>	<b>1144095125</b>
<b>Nombre y cargo del supervisor</b> <i>Escriba el nombre completo y cargo del supervisor del contrato</i>	<b>NELSON FELIPE MONTOYA MONTOYA</b> <b>VICEPRESIDENTE EJEUCTIVO</b>
<b>Fecha de elaboración del informe de publicación</b>	<b>29 MAYO DEL 2026</b>

### Evidencias cuota No. 5 de 9

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

<b>Enlace (link) del DRIVE</b> <i>Copie el enlace útil</i>	<a href="#">Cuenta No. 5</a>
---------------------------------------------------------------	------------------------------

### 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 por ↓	Tamaño... ↓	Compar... ↓	Actividad
ACTIVIDAD 1	Hace unos segundos	Isabella García Gomez	1 elemento	Comparti...	
ACTIVIDAD 2	Hace unos segundos	Isabella García Gomez	3 elementos	Comparti...	
ACTIVIDAD 3	Hace unos segundos	Isabella García Gomez	2 elementos	Comparti...	
ACTIVIDAD 4	Hace unos segundos	Isabella García Gomez	3 elementos	Comparti...	
ACTIVIDAD 5	Hace unos segundos	Isabella García Gomez	1 elemento	Comparti...	
ACTIVIDAD 6	Hace unos segundos	Isabella García Gomez	0 elementos	Comparti...	