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

	MES	AÑO
Periodo de presentación	7	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)	26/01/26
No. de Registro Presupuestal	20260332	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: 7 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.

	DÍA	MES	AÑO
Fecha de expedición certificado			
Firmado por *(Escoger una de las dos opciones Marcar con una X)*		**Rev. Fiscal**	**Rep. Legal**

PLANILLA (SOLO PERSONAS NATURALES)

Periodo de pago 1: Junio — **Periodo de pago 2**:

Tipo de Aporte	Entidad	Periodo	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	SOS	Periodo 1	1082410690	433266236	$ 257.300
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	COLPENSIONES	Periodo 1	1082410690	433266236	329300
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	POSITIVA	Periodo 1	1082410690	433266236	21500
		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	**$ 30.871.440**
Saldo actual	**$ 15.435.720**
Valor de este pago	**$ 5.145.240**
Saldo después de este pago	**$ 10.290.480**

MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO
[Inserte firma del supervisor del contrato]
Firmado digitalmente por MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO
Fecha: 2026.07.17 10:35:56 -05'00'

Mauricio Muñoz Ospina	
SUPERVISOR 1	SUPERVISOR 2
Jefe Oficina de Comunicaciones	
CARGO DEL SUPERVISOR 1	CARGO DEL SUPERVISOR 2

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

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	**17-jul-26**	**PERIODO- CUOTA**	**jul-07**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.262.2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO**		**Identificación (C.C. /NIT)**	**1151934190**	
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	9-ene-26	2026033	23/01/26
Valor adicional del contrato					
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	26/01/26	Fecha terminación	30/09/2026
Modificatorios/Otrosí	*(relacionar el número del modificatorio)*	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**	**17-jul-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 ($)**	**Saldo después de este pago ($)**
$ 46.307.160	**9**	**7**	**$ 15.435.720**	**$ 5.145.240**	**$ 10.290.480**

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades especificas establecidas en el contrato)*	**ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO** (indicar TODAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación especifica)	**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.	Elaboró el listado consolidado de publicaciones y boletines destinados a la página web y a las redes sociales de la Oficina de Cultura MIO 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	Redactó noticias para la publicación de contenidos en el portal institucional de Metro Cali S.A.	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.	Produjo contenidos informativos para el programa Zona MIO Mujer, mediante la grabación, revisión y preparación de audios destinados a los canales institucionales de comunicación.	ENLACE
Las demás que sean necesarias para el cumplimiento eficiente y eficaz del objeto del presente contrato.	Formuló los requerimientos de comunicación de la Oficina de Cultura MIO y Gestión Social, mediante la consolidación de las solicitudes tratadas en las reuniones de planeación y coordinación.	Enlace

SEGURIDAD SOCIAL

El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.		**Periodo pagado**	**JUNIO**
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	SOS COMFANDi	1082410690	$ 257.300
PENSIÓN	COLPENSIONES	1082410690	$ 329.300
ARL	POSITIVA	1082410690	21.500

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**	Alejandra Agudelo
Nombre completo del contratista	**Número de Identificación**	**Firma**

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

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	**17-jul-26**	**PERIODO- CUOTA**	**jul-07**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.262.2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO**		**Identificación (C.C. /NIT)**		**1151934190**

3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO

ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA
(Según Manual de contratación y la normatividad que lo complemente 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 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 *(Escoger 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.	SÉPTIMA	**VALOR CUOTA**	$ 5.145.240	**FECHA COBRO**	17-jul-26

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 ***(cumplió/no cumplió)*** con los aportes a la seguridad social conforme a las disposiciones legales vigentes.

SI cumplió	X	**NO cumplió**	

MAURICIO FERNANDO MUÑOZ OSPINA	**JEFE DE OFICINA DE COMUNICACIONES**	MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO Firmado digitalmente por MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO Fecha: 2026.07.17 15:19:38 -05'00'
Nombre completo supervisor	**Cargo**	**Firma**
Designado Supervisor mediante	*Clausulado anexo al contrato de prestación de servicios porfesionales y d eapoyo a la gestionNo 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.*

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-30, 12:34:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082410690

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823877353

PAGADO 30/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO		
Documento	CC1151934190	**Dirección**	CR 37 #1 OES - 45
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104372197
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 1151934190	ALEJANDRA AGUDELO QUINTERO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.058.096	$ 329.300	(EPS018) S.O.S EPS	$ 2.058.096	$ 257.300	1,044	$ 2.058.096	$ 21.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.100

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
$ 2.058.096	$ 2.058.096	$ 2.058.096	$ 0	$ 329.300	$ 257.300	$ 21.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.100	$ 0	$ 608.100

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Transacción Exitosa

Comprobante de la transacción: 8823877353-202606-1917847

Referencia / PIN

8823877353

Periodo de cotización

202606

Número aprobación (CUS)

433266236

Banco

NEQUI

Valor

$ 608.100

Fecha

2026-06-30 12:17:20.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

Nuevo pago