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	11	2026

Tipo de persona	Natural	Tipo de Gasto	Inversión
No. de Cédula o NIT	1143838660		
Nombre o Razón Social	VERONICA CASTRO MANZANO		
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PARA APOYAR A LA DIRECCION COMERCIAL Y DE SERVICIO AL CLIENTE EN LA IDENTIFICACIÓN, VERIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN, DE ENCUESTAS, SEÑALÉTICA, SISTEMAS DE MEGAFONÍA, ELEMENTOS LUMINOSOS Y DEMÁS ESPACIOSY MEDIOS DE COMUNICACIÓN DISPONIBLES EN LAS ESTACIONES, TERMINALES, BUSES Y PARADEROS DEL SITM-MIO, CON EL PROPÓSITO DE CONTRIBUIR AL FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO Y AL		
No. de Contrato	917.104.2.640.2026	Fecha del Contrato (dd/mm/aaaa)	26/10/2026
No. de Registro Presupuestal	20261332	No. de Registro Presupuestal [Adición]	
Fecha del Registro Presupuestal (dd/mm/aaaa)	26/10/2026	Fecha del Registro Presupuestal [Adición] (dd/mm/aaaa)	

Número de cuotas: 1 de 3

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 Octubre **Periodo de pago 2**

Tipo de Aporte	Entidad	Periodo	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	CONFENALCO	Periodo 1	1085220701	8823820575	$ 218.900
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	PROTECCION	Periodo 1	1085220701	8823820575	$ 280.200
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	POSITIVA	Periodo 1	1085220701	8823820575	$ 18.300
		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	**$ 7.383.000**
Valor adición	**$ 0**
Valor Total	**$ 7.383.000**
Valor pagado a la fecha	**$ 0**
Saldo actual	**$ 7.383.000**
Valor de este pago	**$ 2.461.000**
Saldo después de este pago	**$ 4.922.000**

URIBE AGUILAR ANA CRISTINA

Firmado digitalmente por URIBE AGUILAR ANA CRISTINA
Fecha: 2026.11.04 18:48:50 -05'00'

[Inserte firma del supervisor del contrato]

ANA CRISTINA URIBE AGUILAR
SUPERVISOR 1

Directora Comercial y Servicio al Cliente
CARGO DEL SUPERVISOR 1

[Inserte firma del supervisor del contrato]
SUPERVISOR 2

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	**OCTUBRE 2026**	**PERIODO- CUOTA**	**oct-01**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.640.2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**VERONICA CASTRO MANZANO**		**Identificación (C.C. /NIT)**	**1.143.838.660**	
ÁREA	**Dirección Comercial y Servicio al Cliente**			**TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato	**PRESTAR SERVICIOS PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN COMERCIAL Y DE SERVICIO AL CLIENTE EN LA IDENTIFICACIÓN, VERIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN, DE ENCUESTAS, SEÑALÉTICA, SISTEMAS DE MEGAFONÍA, ELEMENTOS LUMINOSOS Y DEMÁS ESPACIOSY MEDIOS DE COMUNICACIÓN DISPONIBLES EN LAS ESTACIONES, TERMINALES, BUSES Y PARADEROS DEL SITM-MIO, CON EL PROPÓSITO DE CONTRIBUIR AL FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO Y AL APROVECHAMIENTO DE ESTOS MEDIOS PARA FINES INSTITUCIONALES,**				
Valor del contrato		**Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP**		**Registro Presupuestal - RP**	
		Número	**Fecha**	**Número**	**Fecha**
Valor inicial del contrato	$ 7.383.000	20260327	16-sep-26	20261332	26/10/2026
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	SIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($ 7.383.000)				
Plazo del contrato	*Desde el 26 de octubre de 2026 - Hasta el 31 de diciembre 2026*	Fecha Acta de Inicio	26 de octubre 2026	Fecha terminación	31/12/2026
Modificatorios/Otrosí		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**	
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 ($)**	**Saldo después de este pago ($)**
7.383.000	**3**	**1**	**7.383.000**	**2.461.000**	**4.922.000**

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)*	**ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO** (indicar TOTAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación especifica)	**SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)**
a. Apoyar la verificación en las estaciones, terminales, buses y demás espacios del SITM-MIO del estado, funcionamiento, disponibilidad y condiciones de la señalética, sistemas de megafonía, elementos luminosos, pantallas LED, paneles informativos, avisos y demás dispositivos destinados a la orientación, información, comunicación y atención de los usuarios, identificando las novedades y condiciones que puedan afectar su adecuada operación.	***Brindo apoyó en el recorrido en buses para verificar megafonía y luminos: Rutas, A75-E27-P62A-T47-T57 o E51 calle 5, desde las estaciones Unidad Deportiva, Santa Librada y Universidades, al subirte al vehículo verifico correcta megafonía y luminos haciendo prueba en 3 paradas antes de cambiar de bus.**	ACTIVIDAD A
b. Apoyar la identificación, verificación y consolidación de la información relacionada con los espacios, medios y recursos de comunicación disponibles en estaciones, terminales y paraderos del SITM-MIO, con el propósito de contribuir a su adecuada utilización para fines informativos, institucionales, pedagógicos, comerciales y de comunicación con los usuarios.	*** Brindo apoyó en recorrido en estaciones para verificar estado de los ruteros: Estaciones terqundama y estadio.**	ACTIVIDAD B
c. Elaborar y presentar mensualmente un informe consolidado de las actividades desarrolladas y de las verificaciones realizadas semanalmente, incorporando los resultados, hallazgos, novedades, observaciones y acciones de seguimiento relacionadas con el estado y disponibilidad de los medios, elementos y espacios de información y comunicación del SITM-MIO	***Brindo apoyó en la elaboracion y revision de informe consolidado del mes de Octubre, con las verificaciones, novedades, observaciones y allazgos.**	ACTIVIDAD C

metrocali	**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**				
Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	**OCTUBRE 2026**	**PERIODO- CUOTA**	**oct-01**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.640.2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**VERONICA CASTRO MANZANO**		**Identificación (C.C. /NIT)**		**1.143.838.660**
d. Apoyar en la elaboración, aplicación y consolidación de encuestas dirigidas a los usuarios y/o grupos de interés, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la entidad, garantizando la adecuada recolección, organización y sistematización de la información obtenida, así como la presentación de los resultados y hallazgos identificados para contribuir al seguimiento y mejoramiento de la prestación y percepción del servicio	***Brindo apoyó en las encuestas sobre acoso y violencias basada en genero VBG en el sistema Mio, mes de octubre * Brindo apoyó asistiendo a capacitacion, formacion en enfoque de genero y protocolo lila, el dia 29/10/2026 de 8AM-6PM**				ACTIVIDAD D
e. Revisar y verificar periódicamente la información y documentación registrada en las plataformas de gestión documental de la entidad, realizando seguimiento a su trámite y estado, y reportando oportunamente las inconsistencias o novedades que se presenten	*** Brindo apoyó en la revision de archivo, mes de octubre 2026.**				ACTIVIDAD E
f. Las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión del contrato, que tengan relación directa con el objeto del contrato.	*** Brindo apoyó en la plataforma SEVENET, donde resepciono consecutivos, internos y externos para la direccion comercial y de servicio al cliente. * Apoyó en la revisión de documentos para su recpectivo archivo interno y externo, (SEVENET) 2026. * Brindó apoyo en la recepcion y radicacion de oficios de la direccion comercial. * Apoyo en las devoluciones de oficios para la direccion comercial. * Apoyo en el agilizamiento de correos para direccionar a otras areas documentos que no son de la direccion comercial. * recepciono documentos internos y externos de la direccion comercial.**				ACTIVIDAD F

SEGURIDAD SOCIAL			
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.		**Periodo pagado**	**OCTUBRE**
Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	CONFENALCO	1085220701	218.900
PENSIÓN	PROTECCION	1085220701	280.200
ARL	POSITIVA	1085220701	18.300

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	

VERONICA CASTRO MANZANO	**1.143.838.660**	Veronica Castro M.
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	**OCTUBRE 2026**	**PERIODO- CUOTA**	**oct-01**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.640.2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**VERONICA CASTRO MANZANO**		**Identificación (C.C. /NIT)**	**1.143.838.660**	

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.	PRIMERA	**VALOR CUOTA**	2.461.000	**FECHA COBRO**	OCTUBRE 2026

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**	

ANA CRISTINA URIBE AGUILAR	**Directora Comercial y De Servicio al Cliente**	URIBE AGUILAR ANA CRISTINA Firmado digitalmente por URIBE AGUILAR ANA CRISTINA Fecha: 2026.11.04 18:48:20 -05'00'
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. 917.104.2.640.2026*	

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: 2026-10-19, 04:34:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1085220701

Periodo Cotización: octubre de 2026 **Periodo Servicio:** octubre de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823820575

PAGADO 19/10/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VERONICA CASTRO MANZANO		
Documento	CC1143838660	**Dirección**	MZD CASA 12A B/ LA SIRENA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5515266
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 1143838660	VERONICA CASTRO MANZANO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS012) COMFENALCO VALLE EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	1,044	$ 1.750.905	$ 18.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 517.400

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 517.400	$ 0	$ 517.400

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.

AV Villas | Banco de Bogotá | Banco de Occidente | banco popular

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE * 369 * 010 * 97778
15:01:51 2026/10/19 No Planilla: 8823820575
PRDO COTIZACION: 202610 Normal
VALOR PAGADO: 517,400.00 1143838660 5515266
NOTA: EL PAGO DE LA PLANILLA No.8823820575

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
CON No. DE AUTORIZACION 94237071
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

Valor
$

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conservese este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiese errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

OPIX SAS - NIT. 900.156.826-1 | VIGILADO

BAVV-CLI-PRO-216_V6:BBOG: 2122141623 (DEP_FOR_008 V(23/04/2025) BOCC. FTP-SER-025 BPOP: 1.10.3.98010