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	16783044		
Nombre o Razón Social	Fabio Eduardo Posada Rivera		
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LA OFICINA DE COMUNICACIONES DE METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN ELABORANDO PRODUCTOS COMUNICACIONALES, BOLETINES INFORMATIVOS Y ESTRATEGIAS DE POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL DE METRO CALI S.A. Y EL MASIVO INTEGRADO DE OCCIDENTE (MIO).		
No. de Contrato	917.104.2.666.2026	Fecha del Contrato (dd/mm/aaaa)	26/10/2026
No. de Registro Presupuestal	20261354	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.

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: Octubre **Periodo de pago 2:**

Tipo de Aporte	Entidad	Periodo	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	SURA	Periodo 1	6034882290	763298134	$ 218,900
		Periodo 2			
		Ajuste			
PENSIÓN	COLPENSIONES	Periodo 1	6034882290	763298134	$ 280,200
		Periodo 2			
		Ajuste			
ARL	POSITIVA	Periodo 1	6034882290	763298134	$ 9,200
		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	**$ 11,652,000**
Valor adición	**$ 0**
Valor Total	**$ 11,652,000**
Valor pagado a la fecha	**$ 0**
Saldo actual	**$ 11,652,000**
Valor de este pago	**$ 3,884,000**
Saldo después de este pago	**$ 7,768,000**

MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO
Firmado digitalmente por MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO
Fecha: 2026.10.28 14:26:17 -05'00'

[inserte firma del supervisor del contrato]

Mauricio Fernando Muñoz Ospina
SUPERVISOR 1

Jefe Oficina de Comunicaciones
CARGO DEL SUPERVISOR 1

[inserte firma del supervisor del contrato]

SUPERVISOR 2

CARGO DEL SUPERVISOR 2

metrocall	**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**				
Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	**03-Nov-26**	**PERIODO- CUOTA**	**Nov-01**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.666.2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**FABIO EDUARDO POSADA RIVERA**		**Identificación (C.C. /NIT)**		**16,783,044**
ÁREA	**OFICINA DE COMUNICACIONES**			**TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE LA OFICINA DE COMUNICACIONES DE METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN ELABORANDO PRODUCTOS COMUNICACIONALES, BOLETINES INFORMATIVOS Y ESTRATEGIAS DE POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL DE METRO CALI S.A. Y EL MASIVO INTEGRADO DE OCCIDENTE (MIO).			
Valor del contrato		**Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP**		**Registro Presupuestal - RP**	
		Número	**Fecha**	**Número**	**Fecha**
Valor inicial del contrato	$ 11,652,000	20260323	15/9/2026	20261354	26/10/2026
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	ONCE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE.				
Plazo del contrato	*Desde el 26/10/2026 - Hasta el 31/12/2026*	Fecha Acta de Inicio	26/10/2026	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**	**03-Nov-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 ($)**	**Saldo después de este pago ($)**
$ 11,652,000	**3**	**1**	**$ 11,652,000**	**$ 3,884,000**	**$ 7,768,000**

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 especifica)	**SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Cuando corresponda)**
Apoyar el diseño y la implementación de piezas comunicacionales y estrategias de información, promoción y posicionamiento institucional de Metro Cali S.A. y el sistema MIO, alineadas con las directrices de imagen corporativa de la entidad.	Apoyó el diseño y la implementación de piezas y estrategias de información y promoción institucional. Redactó textos para 15 piezas gráficas sobre desvíos en las rutas del MIO.	ENLACE
Colaborar con la gestión de contenidos informativos de prensa, radio, televisión, redes sociales y plataformas digitales sobre la gestión de Metro Cali S.A. y el sistema MIO de acuerdo con las necesidades de divulgación del sistema.	Colaboró gestionando 13 contenidos sobre Metro Cali y el MIO que fueron distribuidos por medios de comunicación, redes sociales y plataformas digitales.	ENLACE
Participar en la redacción y consolidación de boletines de prensa, comunicados institucionales e informes de gestión sobre Metro Cali S.A. y el MIO, garantizando la veracidad, oportunidad y calidad periodística de la información suministrada.	Propuso, investigó y redactó dos (2) boletines de prensa y dos (2) comunicados institucionales que dieron cuenta de la gestión de Metro Cali y el MIO.	ENLACE

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

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	**03-Nov-26**	**PERIODO- CUOTA**	**Nov-01**	**CONTRATO NÚMERO**	**PS - 917.104.2.666.2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**FABIO EDUARDO POSADA RIVERA**		**Identificación (C.C. /NIT)**	**16,783,044**	

El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.

Periodo pagado	**OCTUBRE 2026**

Tipos de Aportes	**Nombre de la Entidad**	**Planilla Número**	**Valor ($)**
EPS	SURA	6034882290	$ 218,900
PENSIÓN	COLPENSIONES	6034882290	$ 280,200
ARL	POSITIVA	6034882290	$ 9,200

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*	

FABIO EDUARDO POSADA RIVERA	**16,783,044**	
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 *(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 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**	$ 3,884,000	**FECHA COBRO**	03-Nov-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 MUÑOZ OSPINA	**JEFE OFICINA DE COMUNICACIONES**	MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO Firmado digitalmente por MUÑOZ OSPINA MAURICIO FERNANDO Fecha: 2026.10.28 14:43:58 -05'00'
Nombre completo supervisor	**Cargo**	**Firma**
Designado Supervisor mediante	CLAUSULADO ANEXO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 917.104.2.666.2026	

Nota. *Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.*

Gmail

Fabio Posada <fabioposada1@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 763298134

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 22 de octubre de 2026 a las 12:43
Para: fabioposada1@gmail.com

¡Hola, Fabio Posada!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 518.900,00

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha de la transacción: 22/10/2026

CUS: 763298134

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	16783044
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FABIO EDUARDO POSADA RIVERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	AVENIDA 6B # 26-56	TELÉFONO:	6857000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Edición de periódicos, revistas y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6034882290**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/10/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		763298134

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8903032085	CCF57	CCF57-COMFANDI	1	$ 10.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 518.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 518.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	16783044
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FABIO EDUARDO POSADA RIVERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	AVENIDA 6B # 26-56	TELÉFONO:	6857000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Edición de periódicos, revistas y otras publicaci
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**6034882290**			TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO	2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO	2026
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2026/10/22		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		763298134

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	1	$ 10.600	$ 0	$ 10.600
SUBTOTALES:			**$ 10.600**	**$ 0**	**$ 10.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP														
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 16783044	POSADA RIVERA FABIO EDUARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.756.400				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	16783044	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF57-COMFANDI	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 518.900