metrocali	**ACTA DE PAGO N° 01** **PERSONA JURIDICA**

En calidad de SUPERVISOR de la Orden de Compra **No. OC.9.2024** (03/07/2024), suscrito entre Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración y UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S. identificado con **NIT 805002036-4,** cuyo objeto es: Contratar la realización de evaluaciones médicas ocupacionales y otros servicios complementarios en Seguridad y Salud en el Trabajo para los servidores públicos de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración; INFORMO el cumplimiento de las obligaciones contractuales correspondiente a la cuota No 1.

Dicho contrato se encuentra amparado con la **Disponibilidad Presupuestal No. 20240215,** de fecha (14/02/2024) **y Registro Presupuestal No.20241077** de fecha (03/07/2024).

Igualmente, informo que el contratista presentó certificación en la que manifiesta que ha cumplido con las obligaciones derivadas de afiliación y pago con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes de las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por las Leyes 828 y 797 de 2003.

Por lo anterior se puede proceder al pago.

CONCEPTO	VALOR
Factura No.	FE0139971
Fecha Factura	(05/08/2024)
Total, cuotas por pagar	
Cuota a pagar	1
Valor Contrato	$5.388.300
Adición Otro Sí	$0
Saldo del Contrato	$ 5.388.300
Valor del Pago	$178.800
Saldo después de este pago	$ 5.209.500

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los (20) días del mes de agosto de Dos Mil Veinticuatro (2024).

ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ
Jefe oficina de Gestión Humana

Proyectó: Joanna Cortes Prado – Contratista de Oficina Gestión Humana

metrocali	**INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL** **PERSONA JURÍDICA - DIFERENTE A LOS CONTRATOS DE OBRA E INTERVENTORÍA**				
	Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"				
FECHA	**20-ago-24**	**CONTRATO NÚMERO**	**OC.9.2024**	**INFORME**	PARCIAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.**	**No. Identificación/ NIT**	**805002036-4**
ÁREA	**DIRECCION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**	**CLASE DE CONTRATO**	**ORDEN DE COMPRA**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO	Contratar la realización de evaluaciones médicas ocupacionales y otros servicios complementarios en Seguridad y Salud en el Trabajo para los servidores públicos 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	$ 5.388.300	20240215	14-feb-24	20241077	3/07/2024
Valor adicional del contrato	0				
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	$ 5.388.300				
FORMA DE PAGO					

Plazo del contrato	31/12/2024	**Fecha Acta de Inicio**		**Fecha terminación**	31/12/2024
Adición de plazo	N/A	**Desde**		**Hasta- Fecha de terminación**	
Suspensión	N/A	**Desde**		**Hasta**	
Modificatorios /Otrosi	N/A	**Fecha modificatorio**		**Objeto modificatorio**	

2. ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, FRENTE AL CUMPLIMIENTO A LA FECHA, DE LAS OBLIGACIONES POR PARTE DEL CONTRATISTA

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:	A satisfacción	No satisfacción
Cumplió con las obligaciones generales y específicas del contrato (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).	X	
Cumplió con las obligaciones de pago al sistema general de seguridad social (Se exigió al contratista de conformidad con la ley de la la certificación del pago a la seguridad social integral (SALUD, PENSIÓN Y ARL) y PARAFISCALES (de ser procedente))	X	

2.1. SEGURIDAD SOCIAL

El representante legal ( ) o revisor fiscal (x) del contratista certifica que éste se encuentra a paz y salvo con los aportes a la seguridad social y parafiscales conforme a las disposiciones legales vigentes.	**FECHA CERTIFICACIÓN**	**2/08/2024**

metrocali	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA JURÍDICA - DIFERENTE A LOS CONTRATOS DE OBRA E INTERVENTORÍA

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	20-ago-24	CONTRATO NÚMERO	OC.9.2024	INFORME	PARCIAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.	No. Identificación/ NIT	805002036-4

Por lo anterior se autoriza el pago de la cuota o periodo correspondiente	CUOTA O PERIODO	PRIMERA	SI	X	NO	

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

3.1. DATOS COBRO

NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO: *(Cuando aplique)*	FE0139971	Fecha de la Factura o cobro	5-ago-24

Valor del TOTAL Contrato ($) (Valor con adiciones si las hay)	Valor del pago que se autoriza	Saldo después de este pago ($)
$ 5.388.300	$ 178.800,00	$ 5.209.500,00

3.2 PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA A LA FECHA

Pago o acta de pago No.	Factura/Cuenta de Cobro No.	Valor
Vr. Total Pagado a la fecha		$ -
Saldo a favor del Contratista		$ 5.388.300
Saldo a favor de Metro Cali (Dilegenciar solo en el informe final)		$ -

4. GARANTÍAS (Cuando Aplique)

ASEGURADORA	CLASE	No.Póliza	Fecha expedición Poliza o anexo	Fecha acta aprobación póliza	Descripción
Seguros del Estado S.A	Cumplimiento	45-44-101158251	9/07/2024	11/07/2024	Poliza Inicial
Seguros del Estado S.A	Responsabilidad Civil	45-40-101092906	9/07/2024	11/07/2024	Poliza Inicial

5. OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR

(Consignar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)

NINGUNA

ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ	Jefe Oficina de Gestión Humana	
Nombre completo supervisor	Cargo	Firma
Designado Supervisor mediante	*Según Numeral 5. Orden de Compra OC.9.2024*	

Nota. La periodicidad del informe depende de la forma de pago pactada en el contrato, es decir, que deberá realizarse cada vez que se vaya a autorizar un pago. En todo caso al finalizar el plazo contractual deberá suscribirse el informe final de supervisión.

UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 805002036-4
Calle 23 BN #3N - 52 Cali - Colombia
Telefonos: 4856065

Empresa: METRO CALI SA ACUERDO DE REESTRUCTURACION
Nit: 805013171-8
Ciudad: cali
Teléfono: 3154206620
DIRECCIÓN: CL 25 N 2 F 136
DIR - ENTREGA CL 25 N 2 F 136

Cod Pago: D
Zona:

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
FACTURA No. FE0139971
Fecha 05- 08- 2024 14:59:38
Estado: FACTURADA
Vencimiento 04- 09- 2024
Elaboró
DIANA XIMENA GIRON HURTADO

ITEM	CANTIDAD	SERVICIO	SEDES	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	1	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO	CALI NORTE	29.500,00	29.500,00
2	1	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE RETIRO	CALI NORTE	29.500,00	29.500,00
3	1	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL POST INCAPACIDAD	CALI NORTE	98.000,00	98.000,00
4	1	OPTOMETRIA	CALI NORTE	21.800,00	21.800,00

%DESCUENTO	0,00			Sub Total:	178.800,00
SERVE RFUENTE 2%	$ 0,00	SERVI RICA: 0%	$ 0,00	Descuento:	0,00
ASES RFUENTE 0%	$0	ASES RICA: 0%	$0	Total Retefuente:	0,00
				Total Rete Ica:	0,00
				Total Impuesto:	0,00
				Valor Total:	178.800,00

Descripción: Desde: 2024-07-18 Hasta: 2024-07-31 |
Desde "2024-08-05" hasta "2024-09-04"
Forma de pago: Crédito Medio de pago: Instrumento no definido
Valor en Letras: CIENTO SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS COP Pesos M/CTE
Autorización

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

No somos responsable de IVA, ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU 8699, Abstenerse de practicar retención en la fuente somos Autorretenedores según resolución número 009205 del 03 de Octubre de 2022. Somos grandes contribuyentes de ICA en Santiago de Cali segùn resolución 4131.040.21.1.0470 de septiembre 22 de 2023., Autorización numeración de facturación electrónica Resolución No. 18764060905693. Numeración autorizada desde FE01 32583 hasta FE01 50000 fecha de vigencia desde 29/11/2023 hasta 28/11/2024. La presente Factura de Venta es un titulo valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio. Artículo 772 Código de Comercio. A partir de la fecha de vencimiento de esta factura se causarán intereses de mora a la tasa máxima legal permitida, Tener en cuenta que de acuerdo con el Decreto 1154 del 2020 pasados tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la factura, se entenderá como aceptada tácitamente si no ha sido confirmada

Constancia de Recibido de Factura

Nombre: _____

(Firma y sello) _____

CC ó NIT _____ Fecha _____

Aceptada

Nombre: _____

(Firma y sello) _____

Fecha _____

CUFE:0fbe052cf2c038e99a3496d9982198618922691e5c65025e4f92445cfad2ce95d7cf5bce74cd9c955536cca5118972f65

Firma digital del facturador: bdgLX0LZ4nJzjArVfGKdbDp6kdOrX0HEvzrmxDNXqtsrhmsWS7Ymy97Ya+tWJYOkpZr3lHv4JM9/Hsyrp7ZQxjzyK/fmfkGmj41MpkOlhfRQwDOAi5v6k14Jm72HVa2XvVU142Ue7RlJSA7b89Uo7MsmR7FBkGFpqDxh6YfyQslG+7F/EK9ULSjdSYhFFGzA2Ncpuv7QzeiJh3sPrZyvFsigoX0KwD+EDMPrgFED42xOBX7UkeJv5JTpa2XDnx7SSrp0GV15GBYfxEBtDrZPSMsv7VnEx+B7jYTiqc5EDkOgN0bGVBAkoD1wC585WHG9V0Lge6cyYtA==

Todos tenemos un trabajo que hacer... El nuestro es cuidar de su Salud y Seguridad en el trabajo

Fecha Validacion DIAN 2024-08-05 14:59:38

Unidad de Salud Ocupacional

ANEXOS 6

CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DEL PAGO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, CUOTA DE APRENDIZAJE Y/o FIC

Yo **ALEXIS RODOLFO MAMIAN QUINAYAS,** Identificado con cedula No. 1143866936, y con Tarjeta Profesional No. 287252 -T de la Junta Central de Contadores de Colombia, En mi condición de REVISOR FISCAL de la sociedad **UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.** identificada con **NIT 805.002.036-4,** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Cali, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso.

Lo anterior para cumplir lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

Certifico que el personal vinculado a la empresa de es de (126) personas incluido la cuota de aprendices.

La presente se expide a los 2 días del mes de agosto del año 2024.

ALEX RODOLFO MAMIAN QUINAYAS
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. **287252-T**
Designado por **RSM CA SAS**

MARGARITA MACIAS FAJARDO
Firma Representante Legal
C.C. No. 31.956.432

www.unidadso.com.co

unidadso

unidaddesaludocupacional

Cali
Calle 23BN #3N-52
Tel: (2) 6616747
Cel: 3104737113

Bogotá Normandía
Carrera 72 #49–29
Tel: (1) 6019429
Cel: 3103347749

Bogotá Norte
Calle 82 #19a-17
Tel: (1) 3003322
Cel: 3108928418

Tuluá
Carrera 39 #24–22
Tel: (2) 2343355
Cel: 3116573253

Palmira
Calle 31 #30–81
Tel: (2) 2859814
Cel: 3217158845

Buenaventura
Calle 7 #3–11
Tel:(2) 2419326
Cel: 3206678378

Puerto Tejada
Calle 15#20 – 23
Celular: 3104727557

Red Nacional
Tel: (2) 6616747
Ext 132 – 134 – 142
Cel: 3103743686

icontec ISO 9001 SC6827-1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.956.432**

MACIAS FAJARDO

APELLIDOS

MARGARITA LUCIA DE LOS MILAGROS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-1966**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

29-MAR-1985 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3106400-00098904-F-0031956432-20081016 **0004**496494A 2 3100006250

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 805002036	4	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	UNIDAD50	calle 23b n 3n 52	CALI-VALLE	8616747	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-07	761537974	9469752094	E	2024/07/10	2024/07/08	BANCOLOMBIA	0	$111,752,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				119	$65,895,100	$0	$0	$65,895,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	10	$4,977,900	$0	$0	$4,977,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	43	$29,164,000	$0	$0	$29,164,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	46	$19,928,300	$0	$0	$19,928,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	19	$7,660,300	$0	$0	$7,660,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$4,164,600	$0	$0	$4,164,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				123	$6,562,700	$0	$0	$6,562,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	123	$6,562,700	$0	$0	$6,562,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				119	$16,265,600	$0	$0	$16,265,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	25	$3,203,400	$0	$0	$3,203,400
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	94	$13,062,200	$0	$0	$13,062,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				123	$20,662,600	$0	$0	$20,662,600
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	7	$1,038,700	$0	$0	$1,038,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$979,900	$0	$0	$979,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$362,900	$0	$0	$362,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	30	$9,409,300	$0	$0	$9,409,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$321,300	$0	$0	$321,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	10	$890,900	$0	$0	$890,900
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	10	$1,131,500	$0	$0	$1,131,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$1,192,100	$0	$0	$1,192,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	46	$5,336,000	$0	$0	$5,336,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$1,419,800	$0	$0	$1,419,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	2	$1,419,800	$0	$0	$1,419,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$946,600	$0	$0	$946,600
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$946,600	$0	$0	$946,600
TOTAL				123	$111,752,400	$0	$0	$111,752,400

2024/07/09 04:44 PM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	181.63.59.151
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9471337169
Valor:	1,160,900
Período de pago:	2024-08
No Transacción (CUS):	849557054
Fecha:	2024/08/16
Banco:	BANCO DE BOGOTA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados