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

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	**10-dic-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**	11/07/2024	**Fecha terminación**	31/12/2024
Adición de plazo	N/A	**Desde**		**Hasta- Fecha de terminación**	
Suspensión	N/A	**Desde**		**Hasta**	
Modificatorios /Otrosí	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**	**10/12/2024**

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

Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	10-dic-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	CUARTA	SI	X	NO	

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

3.1. DATOS COBRO

NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO: *(Cuando aplique)*	FEC43612	Fecha de la Factura o cobro	4-dic-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	$ 183.400	$ 2.802.500

3.2 PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA A LA FECHA

Pago o acta de pago No.	Factura/Cuenta de Cobro No.	Valor
No. 1	FE0139971	$ 178.800
No. 2	FE0141867	$ 127.500
No. 3	FEC43567	$ 2.096.100
Vr. Total Pagado a la fecha		**$ 2.402.400**
Saldo a favor del Contratista		$ 2.985.900
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	ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ Firmado digitalmente por ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ Fecha: 2024.12.13 00:02:53 -05'00'
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.

metrocali	**ACTA DE PAGO N°04** **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 4.

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.	FEC43612
Fecha Factura	(04/12/2024)
Total, cuotas por pagar	
Cuota a pagar	4
Valor Contrato	$5.388.300
Adición Otro Sí	$0
Saldo del Contrato	$2.985.900
Valor del Pago	$183.400
Saldo después de este pago	$2.802.500

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los (10) días del mes de diciembre de Dos Mil Veinticuatro (2024).

ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ

Firmado digitalmente por ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ
Fecha: 2024.12.13 00:02:01 -05'00'

ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ
Jefe oficina de Gestión Humana

Proyectó: Joanna Cortes Prado – Contratista de Oficina Gestión Humana

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

Cod Pago: D

DIRECCIÓN: CL 25 N 2 F 136

Zona:

DIR - ENTREGA CL 25 N 2 F 136

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FACTURA No. FEC43612

Fecha 04- 12- 2024 16:03:01

Estado: FACTURADA

Vencimiento 03- 01- 2025

Elaboró
DIANA XIMENA GIRON HURTADO

ITEM	CANTIDAD	SERVICIO	SEDES	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	3	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO	CALI TEQUENDAMA	29.500,00	88.500,00
2	1	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE RETIRO	CALI NORTE	29.500,00	29.500,00
3	3	OPTOMETRIA	CALI TEQUENDAMA	21.800,00	65.400,00

%DESCUENTO	0,00			**Sub Total:**	183.400,00
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:	183.400,00

Descripción: Desde: 2024-11-01 Hasta: 2024-11-27 |

Desde "2024-12-04" hasta "2025-01-03"

Forma de pago: Crédito Medio de pago: Instrumento no definido

Valor en Letras: CIENTO OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS 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 según resolución 4131.040.21.1.0470 de septiembre 22 de 2023.. Autorización numeración de facturación electrónica Resolución No. 18764084366403. Numeración autorizada desde FEC 43532 hasta FEC 100000 fecha de vigencia desde 29/11/2024 hasta 28/11/2026. La presente Factura de Venta es un título 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:625861c744380ef52e9082e5fe41dd3aa5362695a8a0852d1b96eda60153fdcd30befe9ae6f3956b9738b3df4356159f

Firma digital del facturador: Ugf5ZZ+EwWDbbaajtyT1lMca+U8pK4h6O9F0WGDRS0W3tLh3u1Oz/llfbazTnsjDqW84af24AVoc8RGvXnr/eYZHz18GMrfzm7p+viQ2kSPdQS3RkLcYykQ2K95xfqRmmhWAqDIiLxgZ0y+PP4ArWGD92knTdeLFfq1r9PMNZwavySVS0SrpKTWazRKzaF+EaA8UO7hj5qMGNKWiPiyE8/H9GAdFQzxk3Bi8S5T/zrKHaJSiC6xVgu/qp9uhXnyWxzYI1OiXnr+ejVxBGHsBL8B4kUmUxBIXW0TymPmlEG4mWOaP9U73iVpMuuqXzp3/Pl2YtJCTgqqTMI83+6yOXg==

FAVOR CONSIGNAR O HACER TRANSFERENCIA A LA CTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No 807-174077-29 DE RECAUDO CONVENIO 9660 Y ENVI.
COPIA AL CORREO: cartera3@unidadso.com.co y cartera@unidadsdo.com.co

Fecha Validacion DIAN 2024-12-04 16:03:01

Zoho Sign Document ID: 2AB4A85C-MJ4QZ94GWQJ27TVNCS2KPVJ9RX7NDZQMHYYLOAUOXE0

RSM CA S.A.S
Avenida 4 norte N° 7 N – 46
Centro Comercial Centenario
Piso 3 - Local 335
T +57 60 (2)489 0615 – C +57 316 624 0093
Cali - Colombia
www.rsmco.co

CERT-USO-24-011

El Suscrito Revisor Fiscal de

UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

NIT. 805.002.036-4

En mi calidad de **REVISOR FISCAL** de la empresa **UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.** identificada con NIT 805.002.036-4, informo que he efectuado los procedimientos de revisión que consideré necesarios con el propósito de verificar el pago efectuado por la entidad por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) durante el mes de Noviembre de 2024.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, es emitir un informe certificando del cumplimiento de tales obligaciones.

Con base en el resultado de mi revisión certifico que la empresa **UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.** durante el mes de noviembre de 2024 se realizó los pagos de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Por lo tanto, ala fecha se encuentra a paz y salvo con estas entidades por concepto de pago de aportes.

Igualmente certifico que a la fecha no figura ninguna obligación vencida por concepto de seguridad social a cargo de **UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.**

En constancia de lo anterior, se firma a los diez (10) días del mes de diciembre del 2024.

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

THE POWER OF BEING UNDERSTOOD
ASSURANCE | TAX | CONSULTING

RSM Colombia is a member of the RSM Network and trades as RSM. RSM is the trading name used by the members of the RSM Network. Each member of the RSM network is an independent accounting and consulting firm which practices in its own right. The RSM Network is not itself a separate legal entity in any jurisdiction.

Resumen de Pago por Administradora

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	UNIDADSO	calle 23b n 3n 52	CALI-VALLE	6616747	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1114870304	9478698984	E	2024/12/10	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$112,231,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				118	$66,455,100	$0	$0	$66,455,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	10	$5,232,800	$0	$0	$5,232,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	44	$32,121,400	$0	$0	$32,121,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	45	$20,697,500	$0	$0	$20,697,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	19	$8,403,400	$0	$0	$8,403,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				119	$6,759,200	$0	$0	$6,759,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	119	$6,759,200	$0	$0	$6,759,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				118	$16,241,500	$0	$0	$16,241,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	23	$2,870,800	$0	$0	$2,870,800
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	95	$13,370,700	$0	$0	$13,370,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				120	$20,409,600	$0	$0	$20,409,600
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	8	$1,090,500	$0	$0	$1,090,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$894,700	$0	$0	$894,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$369,200	$0	$0	$369,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	31	$9,356,400	$0	$0	$9,356,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$248,900	$0	$0	$248,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	12	$1,240,900	$0	$0	$1,240,900
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	7	$996,900	$0	$0	$996,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$1,163,400	$0	$0	$1,163,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	43	$5,048,700	$0	$0	$5,048,700
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				**120**	**$112,231,800**	**$0**	**$0**	**$112,231,800**