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

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	21-may-25	CONTRATO NÚMERO	OC.07.2025	NÚMERO DE PAGO	1
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.		No. IDENTIFICACIÓN / NIT	805002036-4	
ÁREA	OFICINA DE GESTIÓN HUMANA		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 total del contrato	$ 6.235.080	20250165	3-mar-25	20250586	2/05/2025
Valor adiciones del contrato	0				
Valor TOTAL del contrato (Incluidas las adiciones)	$ 6.235.080				

1.1 FORMA DE PAGO

Plazo del contrato	*Hasta el 31 de diciembre 2025*	Fecha Acta de Inicio	2/05/2025	Fecha terminación	31/012/2025
Adición de plazo	*N/A*	Desde	N/A	Hasta	*N/A*
Suspensión	*N/A*	Desde	N/A	Hasta	*N/A*
Modificatorios /Otrosí	*N/A*	Fecha modificatorio	N/A	Objeto modificatorio	*N/A*

1.2 GARANTÍAS (Cuando aplique)

Aseguradora	Clase	No. Póliza	Fecha de expedición de la póliza o anexo	Fecha acta aprobación póliza	Descripción
Seguros del Estado S.A	*Cumplimiento*	*45-44-101165652*	*29/04/2025*	*2/05/2025*	*Poliza Inicial*
Seguros del Estado S.A	*Responsabilidad Civil Extracontractual*	*45-40-10109685*	*29/04/2025*	*2/05/2025*	*Poliza Inicial*

2. INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y VERIFICACIÓN DE LA SUPERVISIÓN

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 específica)	ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN POR LA SUPERVISIÓN	SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
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.	El dia 03/04/2025 en coordinación con proveedor unidad de salud ocupacional se realiza evaluación médica pre-ocupacional o de ingreso como requisito para vincularse a la entidad en calidad de funcionariona a personal nuevo quien ejercera actividades contractuales en el área de vicepresidencia ejecutiva	* Recibido de producto o servicio cotizado. * Revisión de certificación de cumplimiento del pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales de las personas que efectivamente desarrollen el objeto del presente contrato.	**Evidencia del Drive Backup Gestión Humana Metro Cali**

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, la certificación del pago a la seguridad social integral (SALUD, PENSIÓN Y ARL) y PARAFISCALES (de ser procedente)	X	

2.1 SEGURIDAD SOCIAL

El SUPERVISOR verifica que, 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	9/05/2025	
Por lo anterior se autoriza el pago de la cuota o periodo correspondiente	CUOTA	*PRIMERA*	SI	X	NO	

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

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	21-may-25	CONTRATO NÚMERO	OC.07.2025	NÚMERO DE PAGO	1

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.	No. IDENTIFICACIÓN / NIT	805002036-4
ÁREA	OFICINA DE GESTIÓN HUMANA	CLASE DE CONTRATO	ORDEN DE COMPRA

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

3.1 DATOS COBRO

NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO: *(Cuando aplique)*	FEC47967	Fecha de la factura o cobro	14-may-25

Valor del TOTAL Contrato ($) *(Valor con adiciones si las hay)*		Valor del pago que se autoriza		Saldo después de este pago ($)
Valor del TOTAL Contrato ($) *(Incluir adiciones si las hay)*	Valor pagado la fecha ($)	Saldo actual del contrato ($)	Valor del pago ($)	Saldo después de este pago ($)
$ 6.235.080,00	$ -	$ 6.235.080,00	$ 54.400,00	6.180.680,00

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		$ 6.235.080,00
Saldo a favor de Metro Cali *(Diligenciar solo en el informe final)*		$ -

4. 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
Nombre completo supervisor	Cargo	Firma
Designado Supervisor mediante	*Según Numeral 5. Orden de Compra OC.07.2025*	

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.

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

	DÍA	MES	AÑO
Fecha de presentación	21	5	2025

Tipo de persona	Juridica	Tipo de Gasto	Funcionamiento
No. de Cédula o NIT	805002036-4		
Nombre o Razón Social	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S		
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.		
No. de Contrato	OC.07.2025	Fecha del Contrato (dd/mm/aaaa)	2/05/2025
No. de Registro Presupuestal	20250586	No. de Registro Presupuestal [Adición]	
Fecha del Registro Presupuestal (dd/mm/aaaa)	2/05/2025	Fecha del Registro Presupuestal [Adición] (dd/mm/aaaa)	

Número de cuotas: 1 de 7

En mi calidad de supervisor del contrato informo que el contratista cumple con:

OBLIGACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL

Certificación (Personas Jurídicas)

		DÍA	MES	AÑO
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**	9	5	2025
	Firmado por *(Escoger una de las dos opciones Marcar con una X)*		**Rev. Fiscal**	**Rep. Legal**
			X	

Planilla (Personas Naturales) **Periodo de pago**

El contratista ha presentado la planilla de aportes a la seguridad social, la cual ha sido pagada, cumpliendo así con las obligaciones de afiliación y pago correspondientes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales.	Tipo de Aporte	Entidad	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
	EPS				
	PENSIÓN				
	ARL				

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

(Escoger una de las dos opciones - Marcar con una X)

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	No cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.	
SÍ	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 del estado fiscal:	X

ESTADO FISCAL GENERAL

DESCRIPCIÓN	VALOR
Factura No. (Cuando aplique)	FEC47967
Fecha Factura (Cuando aplique)	14/05/2025
Valor inicial	**$ 6.235.080**
Valor adición	**$ 0**
Valor Total	**$ 6.235.080**
Valor pagado a la fecha	**$ 0**
Saldo actual	**$ 6.235.080**
Valor de este pago	**$ 54.400**
Saldo después de este pago	**$ 6.180.680**

ESTADO FISCAL DE ANTICIPO (Cuando aplique)

DESCRIPCIÓN	VALOR
Valor inicial	
Valor adición	
Valor Total	
Valor amortizado a la fecha	
Saldo actual	
Valor a amortizar con este pago	
Saldo después de este pago	

ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ

Firmado digitalmente por ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ

[Inserte firma del supervisor del contrato]

Ana Carolina Lopez Dominguez
SUPERVISOR

Jefe Oficina de Gestión Humana
CARGO DEL SUPERVISOR

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
CL 23 B N 3 N 52

42. Correo electrónico contador@unidadso.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 2 4 8 5 6 0 6 5	3 1 0 5 5 6 2 3 4 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 3 0 1 2 4	8 6 2 1	2 0 1 3 0 1 2 4		8 6 9 1	4 7 7 4		1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	0	1	4	1	5	1	6	4	2	4	8	5	2	5	5								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2	3								

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MACIAS FAJARDO MARGARITA LUCIA DE LOS MILAGRO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	2 7 1 9	2 5
73. Fecha	1 9 9 5 1 0 1 0	2 0 1 5 0 3 3 0
74. Número de notaría	5	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 5 1 0 1 7	2 0 1 6 0 6 2 9
77. No. Matrícula mercantil	4 1 3 7 3 8 - 3	4 1 3 7 3 8 - 3
78. Departamento	7 6	7 6
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	0 0 1
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 5 1 0 1 0	2 0 0 0 0 2 2 3
81. Hasta	2 0 3 0 1 2 3 1	2 9 9 9 0 2 0 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 2 0 0 2 1 7		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali	5

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 0 0 2 2 3		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 1 9 5 6 4 3 2		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
MACIAS	FAJARDO	MARGARITA	LUCIA DE LOS MILAGROS
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 6 0 6 2 9		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 7 1 4 8 3 6		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
QUINTERO	VALDERRAMA	JOSE	ALONSO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 4 0 7 2 9		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadan 1 3	2 7 1 7 7 8 8 6		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
TAIMAL	TAIMAL	MARIA	BLANCA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali 5	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 4 3 8 6 6 9 3 6		2 8 7 2 5 2 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
MAMIAN	QUINAYAS	ALEX	RODOLFO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
9 0 0 1 7 0 5 2 4	0	RSM CA S.A.S.

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 3 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 7 0 7 9 8 5 0		2 5 8 2 4 6 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
COLLAZOS	RENGIFO	YULY	ANDREA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
9 0 0 1 7 0 5 2 4	0	RSM CA S.A.S.

147. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 1 1 0 2

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	2 7 1 7 7 8 8 6		2 2 8 4 2 2 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
TAIMAL	TAIMAL	MARIA	BLANCA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 1 0 1 1 2

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: C L 23 B N 3 N 52

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
4 1 3 7 3 9 - 2	1 9 9 5 1 0 1 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL DEL PACIFICO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

165. Dirección: CL 7 3 11 OF 602 ED PACIFIC TRADE CENTER

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
6 3 2 5 4	2 0 1 1 0 6 3 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL NORTE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 45 A 101 34

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 3 7 5 7 9	2 0 1 3 0 7 0 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL TULUA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

165. Dirección: CR 39 24 22

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
8 3 8 5 0	2 0 1 5 0 8 3 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL PALMIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

165. Dirección: CL 31 30 85 BRR CENTRAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 2 0 1 3	2 0 1 5 0 9 2 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL SEDE NORTE DEL CAUCA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cauca 1 9	Puerto Tejada 5 7 3

165. Dirección: CL 15 20 23

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 9 2 9 5 3	2 0 1 9 0 6 2 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL SEDE NORMANDIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 72 49 29 P 6

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 1 6 3 6 5 2	2 0 1 9 0 9 0 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL BUGA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

165. Dirección: CL 8 8 25

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
7 6 5 4 2	2 0 2 1 0 1 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL TEQUENDAMA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 5 B 4 38 67

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 3 6 9 0 2	2 0 2 1 1 2 1 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141160521683

(415)7707212489984(8020) **000014116052168 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 0 0 2 0 3 6	4	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL BOGOTA MONTEVIDEO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AK 9 62 84 LC 32 P 2 CC OUTLET FACTORY

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 5 1 9 8 3 7	2 0 2 2 0 4 2 6
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL AQUARELA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CR 80 13 A 261 CC AQUARELA LC B 26

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 2 4 3 1 0 5	2 0 2 5 0 2 0 4
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
3 1 0 4 7 3 6 0 6 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

METRO CALI S.A.. ACUERDO DE REESTRUCTURACION

Nit:805013171

REGISTRO PRESUPUESTAL No. 20250586

Documento Origen: DISPONIBILIDAD **Numero:** 20250165

NIT o C.C. No : 805002036 **Fecha Disponibilidad:** 03/03/2025

Beneficiario : UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

CERTIFICA QUE
HA SIDO REGISTRADO EL SIGUIENTE GASTO:

ORDEN DE COMPRA 07.2025 OBJETO: 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 ($6.235.080) FORMA DE PAGO: Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, pagará el valor del contrato mediante pagos mensuales según los servicios prestados y facturados. Previo recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato, en el que conste que el contratista cumplió con el producto o servicio cotizado. Certificación de cumplimiento del pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales PLAZO: A partir de la suscripción del Acta de Inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento hasta el 31 de diciembre de 2025 (23:59 horas)

C. UTILIDAD:	01	SOCIOS
C. COSTO:	10	FUNCIONAMIENTO
S. COSTO:	10	LIBRE ASIGNACION
VIGENCIA:	2025	

APROPIACION		DESCRIPCION	VALOR
RUBRO.	2.1.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y pers	
FUENTE	19	Participacion Tarifaria -SITM	6,235,080.00
		TOTAL $	6,235,080.00

SON: SEIS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHENTA PESOS M/CTE

Para constancia se expide en Santiago de Cali (Valle del cauca), a los 2 días del mes de mayo de 2025.

Vo.Bo. HECTOR MAURICIO ALVAREZ M.
Profesional Esp. Gestion Financiera

Firmado digitalmente por PATRICIA HERNANDEZ GUZMAN

PATRICIA HERNANDEZ GUZMAN
Directora Financiera y Administrativa (E)

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. FEC47967
Fecha 14- 05- 2025 14:30:12
Estado: FACTURADA
Vencimiento 13- 06- 2025
Elaboró
DIANA XIMENA GIRON HURTADO

ITEM	CANTIDAD	SERVICIO	SEDES	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	1	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO	CALI NORTE	31.300,00	31.300,00
2	1	OPTOMETRIA	CALI NORTE	23.100,00	23.100,00

%DESCUENTO	0,00			Sub Total:	54.400,00
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:	54.400,00

Descripción: Desde: 2025-04-03 Hasta: 2025-04-03 |
Desde "2025-05-14" hasta "2025-06-13"
Forma de pago: Crédito Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria

Valor en Letras: CINCUENTA Y CUATRO 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 4131.040.21.1.1375 de diciembre 27 de 2024. 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: 8eb3262ce158e1598552c6c4a20260600c4dc5fac08961f81aaf165ad14a550324dc238c884ac9392c62d5170164cf67

Firma digital del facturador: nOkFV8lGrXoASd8Cc9EzKaYWYzDoM02RKUsP6kPrpFvVAUeQ7665oLP2A0KnASxcxWEvdP8A9QlETw F4x p3ksmr7HyKJ+9sP2Sdz5ps026eDw kDl0U2tJgDjPh3XsYsgYezw h0iNJct9XqPjv3+4w p5S6XJi0KgMPm4M3YWJFkj71fFPsxxj/Qfi56EkKW2SUN 14p7lBV+QQsAvYdOJoYCBVNNxW+kFRB8UGnNbuhORfgTumG4w aEfUdPT3FH3K0eV9bp9cdAqOET0lPKp+oqaSfixbROlZbdLHLvSTqR6b54 L764AX/tvdNjWHRcJajklhHLP1LH0pMM+K9UhZFWQ==

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

Fecha Validacion DIAN 2025-05-14 14:30:12

ORDEN DE COMPRA No. OC.07.2025

Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración identificado con NIT No. 805013171-8 como Entidad Descentralizada por servicios, de orden municipal, y como ente gestor del SITM MIO, constituida mediante escritura pública No. 580 del 25 de Febrero de 1999 registrada en la Cámara de Comercio de Santiago de Cali, bajo el número 1507, tiene dentro de su objeto la ejecución de todas las actividades previas, la construcción y puesta en funcionamiento del SITM MIO, a través de todas las obras principales y accesorias necesarias para la operación eficaz y eficiente del servicio de transporte masivo de pasajeros, comprendiendo el sistema de redes de movilización aérea y de superficie, las estaciones, los parqueaderos y la construcción y adecuación de todas aquellas zonas definidas por la autoridad competente como parte del sistema de transporte masivo, de conformidad con las Leyes 86 y 310 de 1989 y 1996 respectivamente.

Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración de acuerdo con los lineamientos establecido en el Manual de Contratación adoptado por la Resolución No 912.110.090.2023 del 24 de marzo de 2023 según Artículo 7.4.4 que define la modalidad de contratación ÓRDENES DE COMPRA permitiéndole contratar bienes y servicios cuyo presupuesto oficial sea igual o inferior a diez (10) SMMLV.

Por lo anterior, se requiere contratar por medio de Orden de Compra la prestación del servicio 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.

1. DATOS DEL SOLICITANTE

FECHA DE LA ORDEN	21 de abril de 2025
NÚMERO DE LA SOLICITUD	ORDEN DE COMPRA No. OC.07.2025
CARGO DEL SOLICITANTE	DIRECTOR FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO (E)
NOMBRE DEL SOLICITANTE	PATRICIA HERNÁNDEZ GUZMÁN
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE	phernandez@metrocali.gov.co
DIRECCIÓN DE LA EJECUCIÓN	CL 25N # 2F-136, también se realizará jornadas extramurales en las instalaciones de la Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración, igualmente se atenderá en las instalaciones de la IPS Unidad de Salud Ocupacional

2. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

La Sociedad Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, tiene dentro de su objeto la ejecución de todas las actividades previas, concomitantes y posteriores para construir y poner en operación el Sistema de Transporte Masivo de la ciudad de Santiago de Cali y su zona de influencia. En desarrollo del objeto social y su actividad misional la entidad podrá ejecutar todos los actos y contratos para el cabal cumplimiento de este, debe brindar condiciones necesarias para el buen desarrollo de sus actividades.

En virtud del artículo 58 de la Escritura Pública 0580 del 25 de febrero de 1999, "El presidente de la sociedad y su suplente serán, en lo pertinente, ordenadores del gasto y podrán delegar su ejercicio en los funcionarios de nivel directivo, ejecutivo, asesor, y sus equivalentes, todo ello de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables".

Ahora bien, el Presidente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, mediante Resolución No. 912.110.69 del 09 de febrero de 2024 "Por la cual se realiza una delegación

de funciones en materia contractual y ordenación del gasto", delegó en los cargos, Secretario(a) General y de Asuntos Jurídicos; Director(a) de Planeación; Jefe de Oficina de Sistemas; Director(a) de Infraestructura; Director(a) de Operaciones; **Director(a) Financiera y Administrativa**; y Director(a) Comercial y de Servicio al Cliente, según sus competencias funcionales, facultades y competencia para ordenar gasto y adelantar las actuaciones requeridas para llevar a cabo los proceso de selección previstos en el Manual de contratación de la Entidad en su versión No. 9, así como celebrar contratos, convenios y acuerdos que se requieran en las áreas a su cargo, y de acuerdo a la cuantía indicada y fases de contratación establecidas.

Que el Parágrafo del artículo primero de la Resolución No. 912.110.69 del 09 de febrero de 2024, menciona que "La competencia para realizar Órdenes de compra, modalidad de selección prevista en el Manual de contratación de la Entidad en su Versión 9, y ordenar el gasto de estas se delega en el Director Financiero y Administrativo de Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración".

Que la Versión 9.0 del Manual de Contratación de Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración, señala en su artículo 7.4.4 Órdenes de Compra: "Se realizará un procedimiento simplificado, con una sola oferta, basado en el análisis de condiciones de mercado, en los contratos cuyo presupuesto oficial sea igual o inferior a diez (10) SMMLV".

En el desarrollo de su objeto misional, la Oficina de Gestión Humana, adscrita a la Dirección Financiera y Administrativa, tiene dentro de sus funciones formular, desarrollar y controlar los planes de capacitación y programas de bienestar, buscando el mejoramiento continuo en el desempeño de las funciones de los empleados públicos y trabajadores oficiales. Asimismo, brinda herramientas para una buena vida laboral que se refleje positivamente en sus familias.

La Dirección Financiera y Administrativa, por su parte, tiene como propósito principal dirigir la administración de los recursos financieros, físicos y humanos, y formular estrategias que promuevan la sostenibilidad financiera de la entidad y del SITM, además de fortalecer y hacer más eficientes los procesos financieros y administrativos necesarios para apoyar los procesos misionales. Todo esto con el objetivo de garantizar la operación del SITM-MIO y la prestación del servicio de acuerdo con los estándares de calidad definidos. Entre sus funciones está liderar, coordinar, controlar y evaluar los planes, procesos y actividades requeridas para la administración de la infraestructura física, la adquisición de bienes y servicios para las áreas, la prestación de servicios generales y la gestión documental y de archivo, con criterios de eficiencia y eficacia.

La Oficina de Gestión Humana está a cargo de todos los procesos de administración del talento humano de la entidad, por lo que requiere contratar servicios para la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y otros servicios de salud ocupacional necesarios para el desarrollo de la relación laboral y contractual con sus servidores públicos. La entidad busca realizar las evaluaciones médicas ocupacionales contempladas en el artículo 3 de la Resolución 2346 de 2007, expedida por el Ministerio de la Protección Social, “Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.”

La obligatoriedad de la realización de exámenes médicos ocupacionales se encuentra contemplada en las normas generales del Código Sustantivo del Trabajo, así como en la Ley 9 de 1979, la Resolución 2400 de 1979, el Decreto 614 de 1984, la Resolución 2013 de 1986, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994, el Decreto 1771 de 1994, el Decreto 1772 de 1994, el Decreto 1832 de 1994, la Resolución 2346 de 2007, la Resolución 1918 de 2009, el Decreto 723 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019.

La Resolución 2346 del 11 de julio de 2007, expedida por el Ministerio de la Protección Social, establece que las evaluaciones médicas ocupacionales son un instrumento importante en la elaboración de diagnósticos de las condiciones de salud de los trabajadores, con el fin de diseñar programas de prevención de enfermedades que mejoren su calidad de vida.

En virtud de las referencias normativas, la Dirección Financiera y Administrativa, como líder del proceso de Gestión Humana, ha identificado la necesidad de promover, prevenir y facilitar el seguimiento de la salud de los colaboradores de la entidad y la detección de enfermedades producidas como resultado de la actividad laboral. Por tanto, encuentra necesario garantizar el normal funcionamiento bajo los parámetros señalados en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, que determinan los requerimientos y necesidades a cumplir de acuerdo con las disposiciones normativas antes mencionadas.

Dado lo anteriormente expuesto y considerando que Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración no cuenta con el personal idóneo para la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales y otros servicios complementarios en Seguridad y Salud en el Trabajo para los servidores públicos, la Dirección Financiera y Administrativa ha identificado la necesidad de contratar una empresa idónea con amplia experiencia, que realice las atenciones oportunas y cumpla todas las condiciones técnicas de seguridad médica. Por lo tanto, decide adelantar el presente proceso para la vigencia 2025. Se precisa que, revisados los Acuerdos Marco de Precio de la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente, el presente proceso no se encuentra cobijado por ningún acuerdo.

3. OBJETO

OBJETO	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.

4. IDENTIFICACIÓN CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS

Código UNSPSC 85122201 Producto: Valoración del estado de salud individual. - 93141808 - servicios de Seguridad o Salud Ocupacional.

5. SUPERVISIÓN

CARGO DEL SUPERVISOR DE LA ORDEN DE COMPRA	Jefe Oficina de Gestión Humana
SUPERVISOR DE LA ORDEN DE COMPRA	ANA CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ

6. EJECUCIÓN Y FECHA DE VENCIMIENTO DE LA ORDEN DE COMPRA

FECHA DE INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	A partir de la suscripción del Acta de Inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento
FECHA DE VENCIMIENTO	31 de diciembre de 2025 (23:59 horas)
FECHA DE ENTREGA DEL BIEN O SERVICIO	A partir del inicio de ejecución y hasta el 31 de diciembre de 2025 hasta las 23:59 horas.

ESPECIFICACIONES ADICIONALES DE ENTREGA	Entrega en las oficinas de METRO CALI S.A. en la: CL 25 N # 2 F 136, también se realizará jornada extramural en instalaciones de la entidad, igualmente se atenderá en las instalaciones de la IPS Unidad de Salud Ocupacional.

7. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, CONDICIONES DE COMPRA Y FORMA DE PAGO

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	20250165 DEL 03 DE MARZO DE 2025
VALOR DE LA ORDEN DE COMPRA	SEIS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHENTA PESOS MCTE ($6.235.080,00) – SERVICIO EXCLUIDO DEL IVA (Art. 476 Estatuto Tributario mod. Ley 2277 de 2022)
CONDICIONES DE COMPRA	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. Las evaluaciones médicas ocupacionales deben ser realizadas por médicos especialistas con licencia vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo. Las evaluaciones médicas ocupacionales de control periódico se realizarán mediante jornada extramural al interior de las instalaciones de la entidad, el informe de los exámenes de control periódico, se deben realizar en un plazo no mayor de (30) días hábiles después de terminar las consultas médicas, y deberá ser entregado en medio magnético a Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración. Ubicación: Edificio Antigua Estación del Ferrocarril ubicado en la Calle 25N # 2F-136.
FORMA DE PAGO	Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, pagará el valor del contrato mediante pagos mensuales según los servicios prestados y facturados. Para que la Entidad proceda a realizar los pagos, el contratista debe haber cumplido satisfactoriamente con la totalidad de los siguientes requisitos: 1. Recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato, en el que conste que el contratista cumplió con el producto o servicio cotizado. 2. Certificación de cumplimiento del pago de aportes al Sistema de Seguridad Social (ARL, EPS, PENSIONES) y parafiscales (ICBF, CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR y SENA) cuando a ello haya lugar de las personas que efectivamente desarrollen el objeto del presente contrato, suscrita por el revisor fiscal si hay lugar a ello. **<u>En caso que para el inicio del contrato no se pueda ejecutar en un mes completo, este primer periodo se</u>**

	facturará proporcional a los días del servicio contratado. Dichos pagos se realizarán dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la radicación completa de los documentos soporte de pago y la factura electrónica entregada en la Ventanilla Única de Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración primer piso Calle 25 N No. 2F-136 Cali y/o a través del correo electrónico ventanillaunica@metrocali.gov.co. Y facturacion@metrocali.gov.co . Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, efectuará las retenciones que por Ley esté autorizado hacer.
IMPACTO TRIBUTARIO	Estarán a cargo del contratista todos los impuestos y retenciones que se generen por la prestación del servicio, de acuerdo con el siguiente esquema: **Estampillas Departamentales** - Estampilla Pro-Univalle: 2% del valor total del contrato antes de IVA, se descuenta en cada pago. - Estampilla Pro-Universidad del Pacífico: 0.5% del valor total del contrato antes de IVA, se descuenta en cada pago. - Estampilla Pro-Hospital: 1% del valor total del contrato antes de IVA, se descuenta en cada pago. **Estampillas Municipales** - Estampilla Pro-Desarrollo Urbano: 1% del valor total del contrato antes de IVA, se descuenta en cada pago. - Estampilla Pro-adulto Mayor: 2% del valor total del contrato antes de IVA, se descuenta en cada pago. - Tasa Prodeportes: 2% del valor total del contrato antes de IVA, se descuenta en cada pago. En lo referente a los demás costos tributarios (retención en la fuente, retención de IVA e ICA) que conlleva el contrato, se atenderán de conformidad con las normas tributarias vigentes.

8. CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS

El Servicio de Evaluaciones Médicas Ocupacionales deberá contar con las siguientes condiciones que se relacionan a continuación:

1. Evaluación médica pre-ocupacional o de ingreso como requisito para vincularse a la Entidad en calidad de funcionario.
2. Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas (programadas o por cambios de ocupación) para los servidores públicos de la Entidad.
3. Evaluaciones post-incapacidad o reintegro.
4. Evaluación médica post-ocupacional o de egreso para la desvinculación de los funcionarios de la Entidad.
5. Valoración psicológica.
6. Valoración nutricional.
7. Audiometrías y Optometrías.
8. Exámenes ocupacionales para trabajo seguro en altura.

9. Vacunación contra el Tétano.
10. Examen de Triglicéridos.
11. Examen de Glicemia.
12. Contar como mínimo con dos (2) médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional, con licencia vigente en salud ocupacional y un (1) psicólogo con licencia vigente en salud ocupacional.
13. Estar en capacidad de recibir y practicar los exámenes y consultas a los servidores públicos de lunes a viernes en horarios de 7:00 A.M a 5:00 P.M. y sábados de 7:00 A.M a 12:00 P.M.
14. Contar con la capacidad operativa para realizar las evaluaciones ocupacionales en menos de dos (2) horas al trabajador, y de cuatro (4) horas cuando se requieran exámenes de laboratorio complementarios.
15. Tener disponibilidad de medios de comunicación o plataforma tecnológica eficientes para el agendamiento de las citas médicas.
16. Conservar la custodia de todos los exámenes ocupacionales de los servidores públicos durante los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
17. Contar con la capacidad logística para realizar campañas de vacunación masivas a domicilio.
18. Contar con la capacidad de realizar exámenes médicos en el domicilio de la Entidad para grupos.
19. Tener la capacidad de realizar las evaluaciones médicas ocupacionales al personal remitido por Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración, a más tardar 2 días después de requerido el servicio; estas personas deberán recibir un trato amable, cordial, claro y ágil.
20. Atender al personal remitido por Metro Cali en las horas agendadas y los tiempos de espera no podrán ser de más de 30 minutos.

9. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Ejecutar el objeto de la orden de compra.
2. Prestar el servicio con calidad y de manera oportuna, atendiendo las sugerencias y solicitudes de la Entidad, cumpliendo con los ofrecimientos hechos en su propuesta y las especificaciones técnicas de la orden de compra.
3. Suscribir el Acta de Liquidación dentro de los cuatro (04) meses siguientes a su finalización, si hay lugar a ello de conformidad con la Ley. Si el CONTRATISTA no se presenta a la liquidación o las partes no llegan a un acuerdo sobre el contenido de la misma, será practicada directa y unilateralmente por METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN.
4. Constituir las garantías requeridas.
5. Suministrar al supervisor, la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contrae.
6. En caso de que cualquiera de las disposiciones antes mencionadas o una disposición legal aplicable, ocasione gastos o costos no previstos, estos serán asumidos por el CONTRATISTA.
7. Recibir y acatar las instrucciones que sean impartidas por el supervisor del contrato para garantizar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contrae.
8. Cumplir con los requisitos normativos aplicables:garantizando que opera bajo el cumplimiento de la normatividad nacional vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) y enviar:

- Previa certificación de estándares mínimos (expedida por la ARL).
- Certificaciones de competencias, licencias, Resoluciones, fichas técnicas.
- Certificado de custodia de historia clínicas laborales

9. Pagar los salarios y prestaciones sociales en forma oportuna a todo el personal que utilice en la ejecución del contrato, y en general, dar estricto cumplimiento a la totalidad de obligaciones con el sistema integral de seguridad social y parafiscales, derivadas de la ejecución del contrato. PARÁGRAFO: El personal que el contratista ocupe en la ejecución del contrato, no tendrá ninguna vinculación laboral, civil, ni comercial con METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN La responsabilidad derivada de estas vinculaciones correrá a cargo exclusivo del contratista.
10. Garantizar la calidad del servicio prestado objeto del contrato y responder por ella de conformidad con el artículo 5 Numeral 4 de la Ley 80 de 1993.
11. Contar con la capacidad, idoneidad y experiencia para la prestación del servicio contratado.
12. Acatar la Constitución, la Ley, las normas legales y procedimentales establecidas por el Gobierno Nacional y Municipal y demás disposiciones pertinentes.
13. Mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada, durante toda la ejecución del Contrato.
14. Contar durante toda la vigencia del contrato con las habilitaciones otorgadas por parte de la Secretaría de Salud Departamental para el traslado asistencial básico (TAB), medicalizado (TAM) y atención médica (extramural).
15. El contratista deberá designar de su personal, al empleado que se encargará de atender de forma directa los requerimientos realizados por el supervisor del contrato.
16. Obrar con lealtad y buena fe durante la ejecución del contrato evitando inconvenientes y demoras que puedan presentarse durante la ejecución de la orden de compra.
17. Entregar al supervisor del contrato los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en cada actividad encomendada, cuando así se requiera.
18. Las personas que el CONTRATISTA utilice para el desarrollo del contrato serán escogidas por él en su condición de patrono y con METRO CALI S. A. ACUERDO DE REESTRUCTURACIÓN no existirá vínculo laboral alguno. Será responsabilidad del CONTRATISTA, el pago de salarios, y prestaciones sociales a que haya lugar.
19. Responder ante terceros por los daños que se ocasionen y que provengan por causas que sean imputables al contratista.
20. Presentar los documentos necesarios para el perfeccionamiento y la ejecución de la orden de compra
21. Mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada, durante toda la ejecución de la orden de compra.
22. Radicar oportunamente las facturas para el cobro de los suministros.
23. Todas las demás que surjan de la naturaleza del mismo.

10. ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

Además de los deberes señalados en el artículo 5o. de la Ley 80 de 1993, el contratista al que se le adjudique el presente proceso de selección se compromete a brindar atención en las instalaciones de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración en las siguientes situaciones y condiciones:

1) Realizar los exámenes médicos ocupacionales como lo indica la Resolución No 2346 del 11 de julio de 2007, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales y las demás normas que apliquen.

2) Entregar a la Entidad los conceptos médicos de los exámenes ocupacionales a más tardar un día hábil después de realizado el examen.

3) Entregar a la Entidad los conceptos médicos ocupacionales que deberán cumplir con la normatividad vigente en especial lo establecido en la Resolución 2346 de 2007, entendiendo:
   a. Que la evaluación médica ocupacional de ingreso permita un diagnóstico general de las condiciones de salud del aspirante emitiendo el concepto de aptitud para ejercer el cargo acorde con el Profesiograma presentado por la Oficina de Gestión Humana de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración.
   b. Que la evaluación médica ocupacional, permita la identificación del estado de salud actual del funcionario acorde con el Profesiograma presentado por la Oficina de Gestión Humana de Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración emitiendo las recomendaciones propias de su capacidad funcional.
   c. Que la evaluación médica ocupacional de egreso describa las condiciones de salud en que se encuentra la persona al momento del retiro del cargo.

11. PROVEEDOR

RAZÓN SOCIAL	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT O CC.	805002036-4
REPRESENTANTE LEGAL:	MARGARITA LUCIA DE LOS MILAGROS MACIAS FAJARDO
CEDULA DE CIUDADANÍA	31.956.432
DIRECCIÓN O DOMICILIO:	CL 23 B NORTE # 3 - 52
TELÉFONO	4856065 - 3104736060
CORREO ELECTRÓNICO	contador@unidadso.com.co

12. DESCRIPCIÓN Y COTIZACIÓN DEL SERVICIO

TARIFA EN SEDES PROPIAS			
Servicio	# personas	Valor unitario	valor total
ALCOHOL EN SANGRE	2	$ 32.000	$ 64.000
AUDIOMETRIA	5	$ 22.200	$ 111.000
GLICEMIA	1	$ 14.100	$ 14.100
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO	5	$ 31.300	$ 156.500
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE RETIRO	5	$ 31.300	$ 156.500
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL PERIODICO	5	$ 31.300	$ 156.500
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL POST INCAPACIDAD	3	$ 103.900	$ 311.700
OPTOMETRIA	5	$ 23.100	$ 115.500
TRIGLICERIDOS	1	$ 16.600	$ 16.600
VACUNA TETANO	1	$ 20.000	$ 20.000
VALORACION PSICOLOGICA CON ENTREVISTA	3	$ 130.600	$ 391.800
VALORACION SEGURIDAD VIAL (PSICOMOTRIZ)	2	$ 49.200	$ 98.400
EXAMAN MEDICO CON ENFASIS DEPORTIVO	1	$ 49.000	$ 49.000
		TOTAL	$ 1.661.600

TARIFA EN SEDE METRO CALI CALLE 25N # 2F-136				
servicio	# personas	valor unitario	valor total	
HORA MEDICO AUDIOMETRIA	2	$ 102.000	$ 204.000	
HORA MEDICO ESPIROMETRIA	2	$ 102.000	$ 204.000	
GLICEMIA	2	$ 14.100	$ 28.200	
EXAMEN MEDICO	2	$ 106.000	$ 212.000	
HORA MEDICO OPTOMETRIA	2	$ 104.000	$ 208.000	
PERFIL LIPIDICO	2	$ 42.400	$ 84.800	
VALORACION PSICOMOTRIZ PARA CONDUCTORES	**2**	**$ 50.000**	**$ 100.000**	**TENER PRESENTE QUE ESTE EXAMEN SOLO SE REALIZA EN LAS INSTALACIONES DE UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL**
DESPLAZAMIENTO EXAMENES PARACLINICOS POR JORNADA	1	$ 63.000	$ 63.000	
DESPLAZAMIENTO PROFESIONAL MEDICO POR JORNADA	4	$ 54.000	$ 216.000	Nota: Para realizar actividades extramurales se debe cumplir con un mínimo de 23 exámenes.
DESPLAZAMIENTO E INSTALACION DE CABINA SONO AMORTUGUADORA	1	$ 173.000	$ 173.000	
		TOTAL	$ 1.493.000	

13. GARANTÍAS PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 7.6.2.2. GARANTÍAS del Manual de Contratación de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, y teniendo en cuenta los riesgos previsibles involucrados en este tipo de contratación, especialmente el incumplimiento del contrato y la calidad del servicio, el contratista deberá asumir estos riesgos. Para ello, constituirá a favor de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración una garantía que avale el cumplimiento de todas las obligaciones surgidas del contrato y la ejecución idónea y oportuna del objeto contractual. Esta garantía se mantendrá vigente durante el término del contrato para amparar los siguientes riesgos:

AMPARO	SUFICIENCIA	VIGENCIA
Cumplimiento del contrato	Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato	Por el plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más
Garantía de Pago de Salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	Diez por ciento (10%) del valor del contrato	Por la duración del contrato y tres (3) años más
Calidad del servicio	Veinte por ciento (20%) del valor del contrato	Por el plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más

Responsabilidad Civil Extracontractual	200 SMMLV	Con vigencia igual al tiempo de ejecución del contrato

La presente Orden de Compra se da por fechada una vez se apruebe electrónicamente por las partes a través del Sistema Electrónico Para la Contratación Pública SECOP II.

PATRICIA HERNANDEZ GUZMAN

PATRICIA HERNANDEZ GUZMAN
DIRECTORA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (E)
Metro Cali S.A Acuerdo de Reestructuración

Proyectó: Joanna Inés Cortés Prado – Contratista Oficina de Gestión Humana
Revisó: Ana Carolina López Domínguez– Jefe Oficina de Gestión Humana
Andrés Felipe Salgado Arana - Jefe Oficina de Contratación
Marisol Gonzalez Gutierrez - Contratista Oficina de Contratación

Certificado Bancario

Martes, 04 de abril de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL SAS identificado(a) con NIT 805002036, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	80717407729	2004/04/20	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

RSM COLOMBIA 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-25-004

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 abril de 2025.

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 abril de 2025 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, a la 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 Nueve (09) días del mes de mayo del 2025.

ALEX RODOLFO MAMIAN QUINAYAS
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. **287252-T**
Designado por **RSM COLOMBIA 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
2025-04	2025-05	1470026785	9485881395	E	2025/05/12	2025/05/09	BANCOLOMBIA	0	$115,667,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				114	$67,995,600	$0	$0	$67,995,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	8	$4,086,200	$0	$0	$4,086,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	49	$37,963,600	$0	$0	$37,963,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	40	$18,525,300	$0	$0	$18,525,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	16	$6,544,300	$0	$0	$6,544,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$876,200	$0	$0	$876,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				115	$6,744,200	$0	$0	$6,744,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	115	$6,744,200	$0	$0	$6,744,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				114	$16,831,800	$0	$0	$16,831,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	24	$3,326,800	$0	$0	$3,326,800
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	1	$260,000	$0	$0	$260,000
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	89	$13,245,000	$0	$0	$13,245,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 11)				118	$21,565,600	$0	$0	$21,565,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$254,400	$0	$0	$254,400
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	10	$1,357,800	$0	$0	$1,357,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$977,300	$0	$0	$977,300
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$203,200	$0	$0	$203,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	30	$9,767,700	$0	$0	$9,767,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$360,400	$0	$0	$360,400
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$199,200	$0	$0	$199,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	10	$1,242,800	$0	$0	$1,242,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	7	$926,100	$0	$0	$926,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	7	$902,200	$0	$0	$902,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	42	$5,374,500	$0	$0	$5,374,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$1,518,000	$0	$0	$1,518,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	2	$1,518,000	$0	$0	$1,518,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$1,012,000	$0	$0	$1,012,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$1,012,000	$0	$0	$1,012,000
TOTAL				**118**	**$115,667,200**	**$0**	**$0**	**$115,667,200**

2025/05/12 10:01 AM