

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL			
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>					
FECHA	SEPTIEMBRE - 2025	PERIODO- CUOTA	Cuota No 04	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.308.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA MARIA VALOIS HINESTROZA		Identificación (C.C. /NIT)	31,306,284	
ÁREA	CONTROL INTERNO			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Prestación de Servicios Profesional
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato		Prestar los servicios profesionales para apoyar la realización de actividades dirigidas a la implementación del programa anual de auditoría que adelanta la Oficina de Control Interno 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	\$ 16,200,000,00	20250210	02/04/2025	20250659	29/05/2025
Valor adicional del contrato	\$ 5,400,000,00	20250277	3/07/2025	20250807	16/07/2025
Valor total del contrato (incluidas las adiciones)	VEINTIÚN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE				
Plazo del contrato	21/07/2025	Fecha Acta de Inicio	21/04/2025	Fecha terminación	21/07/2025
Modificatorios/Otrosi	Modificadorio No. 2	Fecha modificadorio	14/07/2025	Objeto modificadorio	Prorroga y Adición
2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS					
COBRO DEL PERIODO					
NÚMERO DE FACTURA: (Cuando aplique)				Fecha de la Factura o cobro	
Valor del TOTAL Contrato (\$) (Incluir adiciones si las hay)	Número de la Cuotas totales a pagar del total	Número de cuota que se paga	Saldo Actual del Contrato (\$)	(-) Este Pago (\$)	Saldo después de este pago (\$)
\$ 21.600.000,00	04 de 04	4	\$ 5.400.000,00	\$ 5.400.000,00	\$ -
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO <i>(Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)</i>		ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Indicar TOTAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación específica)</i>		SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS <i>(Cuando corresponda)</i>	
1. Asistir en la adecuada implementación de las actividades asignadas en el marco del desarrollo del Programa Anual de Auditoría		Realicé la aplicación del papel de trabajo (Lista de chequeo) de conformidad con las evidencias aportadas por el proceso gestión financiera en carpeta compartida mediante OneDrive. Evidencia: Lista de chequeo Presenté al proceso de Gestión Financiera, el informe preliminar resultado de la verificación y análisis de evidencias aportadas para la auditoría. Evidencia: Correo entrega Informe preliminar Auditoría Interna de Evaluación al Proceso de Gestión Financiera. Di respuesta a las observaciones generadas por el proceso de Gestión Financiera, al informe preliminar resultado de la verificación y análisis de evidencias aportadas para la auditoría. Evidencia: Correo respuesta a observaciones informe preliminar. Llevé a cabo el cierre de la Auditoría Interna de Evaluación al Proceso de Gestión Financiera el día 21 de agosto de 2025 con los auditados del proceso de Gestión Financiera. Evidencia: Acta de reunión de cierre.		https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/shared?id=%2Fpersonal%2Fpersonal%2Fcontrolinterno%5Fmetrocali%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20CONTRATOS%20ENERO%20%2D%20SEPTIEMBRE%202025%2F917%2E104%2E2%2E308%2E2025%2FCuota%20No%2E204%2FActividad%20No%2E%2028&listurl=%2Fpersonal%2Fcontrolinterno%5Fmetrocali%5Fgov%5Fco%2FDocuments&login_hint=lmvalois%40metrocali%2Egov%2Eco&source=waffle	
2. Contribuir a la socialización del Sistema de Control Interno de la Entidad.		Participé en el taller No. 2 Identificar posibles riesgos con incidencia fiscal, dando alcance la Memorando 916.115.1003.2025, emitido por la Dirección de Planeación, del 05 de agosto de 2025, para contribuir a la socialización del Sistema de Control Interno. Evidencia: Memorias Taller riesgo con listado de asistencia		https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/shared?id=%2Fpersonal%2Fpersonal%2Fcontrolinterno%5Fmetrocali%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20CONTRATOS%20ENERO%20%2D%20SEPTIEMBRE%202025%2F917%2E104%2E2%2E308%2E2025%2FCuota%20No%2E204%2FActividad%20No%2E%2038&listurl=%2Fpersonal%2Fcontrolinterno%5Fmetrocali%5Fgov%5Fco%2FDocuments&login_hint=lmvalois%40metrocali%2Egov%2Eco&source=waffle	
3. Colaborar en la presentación de los informes que sean requeridos por la Oficina de Control Interno de la Entidad.		Proyecte y socialice el informe de auditoría interna al proceso de Gestión Financiera mediante la reunión de cierre realizada con la dirección Financiera de la entidad. Evidencia: nforme de auditoría interna al proceso de Gestión Financiera - Acta de reunión de cierre.		https://metrocaligovco-my.sharepoint.com/shared?id=%2Fpersonal%2Fpersonal%2Fcontrolinterno%5Fmetrocali%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20CONTRATOS%20ENERO%20%2D%20SEPTIEMBRE%202025%2F917%2E104%2E2%2E308%2E2025%2FCuota%20No%2E204%2FActividad%20No%2E%2038&listurl=%2Fpersonal%2Fcontrolinterno%5Fmetrocali%5Fgov%5Fco%2FDocuments&login_hint=lmvalois%40metrocali%2Egov%2Eco&source=waffle	

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL				
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>						
FECHA	SEPTIEMBRE - 2025	PERIODO- CUOTA	Cuota No 04	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.308.2025	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA MARIA VALOIS HINESTROZA		Identificación (C.C. /NIT)	31,306,284		
SEGURIDAD SOCIAL						
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.				Periodo pagado	JULIO - AGOSTO	
Tipos de Aportes		Nombre de la Entidad		Planilla Número	Valor (\$)	
EPS		S.O.S.		9489852717 9491005994	\$272.300 - \$272.300	
PENSIÓN		PORVENIR		9489852717 9491005994	\$348.500 - \$348.500	
ARL		POSITIVA DE SEGUROS		9489852717 9491005994	\$11.400 - \$11.400	
CAJA COMPENSACIÓN		N/A		N/A	N/A	
DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA <i>(Marque SI o NO según el caso)</i>					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 DÍA EN MIS PAGOS DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN CONSTA EN LA PLANILLA QUE SE ADJUNTA.					X	
LINA MARIA VALOIS HINESTROZA		31,306,284				
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 <i>(Según Manual de contratación y la normatividad que lo complementa o modifique)</i>						
				A satisfacción	No satisfacción	
Cumplimiento de Obligaciones generales y específicas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).				x		
Cumplimiento de Obligaciones generales y específicas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).				x		
Cumplimiento obligaciones de pago al sistema general de seguridad social (Se exigió la certificación debidamente soportada al contratista, del pago de los aportes a la seguridad social (SALUD, PENSIÓN Y ARL), para proceder a la aprobación de la cuenta de cobro presentada por el contratista).				x		
CONCEPTO DEL SUPERVISOR <i>(Escoger una de las dos opciones)</i>						
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.	4	VALOR CUOTA	\$ 5.400.000,00	FECHA COBRO	SEPTIEMBRE - 2025	
OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR <i>(Consignar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)</i>						
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR						
Certifico que como supervisor verifiqué que el contratista <u>(cumplió/no cumplió)</u> con los aportes a la seguridad social conforme a las disposiciones legales vigentes.						
SI cumplió		X		NO cumplió		
YAMILETH ARANGO BUSTAMANTE		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO		YAMILETH ARANGO BUSTAMANTE		
Nombre completo supervisor		Cargo		Firma		
Designado Supervisor mediante		CLAUSULA DECIMA OCTAVA: Supervisión y Control (Jefe oficina de control interno)				
Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.						



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 31306284		VALOIS HINESTROZA LINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 28 J # 72 O - 73	CALI-VALLE	6666666	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1697248042	9489852717	I	2025/08/22	2025/08/13	BANCOLOMBIA	0	\$632,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0		
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0		
1	CC 31306284	VALOIS LINA	230301	30	\$2,178,000	\$348,500	EP5018	30	\$2,178,000	\$272,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,178,000	\$11,400	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0		



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 31306284		YALDIS HINESTROZA LINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 28 J # 72 O - 73	CALI-VALLE	6666666	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1697248042	9489852717	I	2025/08/22	2025/08/13	BANCOLOMBIA	0	\$632,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$348,500	\$0	\$0	\$348,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$348,500	\$0	\$0	\$348,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400	
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$272,300	\$0	\$0	\$272,300	
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$272,300	\$0	\$0	\$272,300	
TOTAL				1	\$632,200	\$0	\$0	\$632,200	



Comprobante en línea

12 Ago 2025 19:30:39

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1697248042

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
181.50.102.210

Fecha
12 Ago 2025 19:30:39

Referencia 2
CC

Número de factura
9489852717

Referencia 3
31306284

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave: 9489852717**

Valor del Pago
\$632.200

Número de comprobante
TR1929448042

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4263**



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31306284		VALOIS HINESTROZA LINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 28 J # 72 O - 73	CALI-VALLE	6666666	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1732266288	9491005994	I	2025/09/18	2025/08/28	BANCOLOMBIA	0	\$632,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0	
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0	
1	CC 31306284	VALOIS LINA	230301	30	\$2,178,000	\$348,500	EP5018	30	\$2,178,000	\$272,300		0	\$0	\$0	1423	30	\$2,178,000	\$11,400	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,178,000	\$348,500			\$2,178,000	\$272,300			\$0	\$0			\$2,178,000	\$11,400		\$0	\$0	



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion		Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31306284		VALDIS HINESTROZA LINA MARIA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	KRA 28 J # 72 O - 73		CALI-VALLE	6666666	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave		Tipo	Fecha			Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2025-08	2025-08	1732266288	9491005994	I	2025/09/18	2025/08/28	BANCOLOMBIA	0	\$632,200		
RESUMEN DE PAGO											
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$348,500	\$0	\$0		\$348,500	
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$348,500	\$0	\$0		\$348,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$11,400	\$0	\$0		\$11,400	
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$11,400	\$0	\$0		\$11,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$272,300	\$0	\$0		\$272,300	
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.		EPS018	805,001,157	2	1	\$272,300	\$0	\$0		\$272,300	
TOTAL					1	\$632,200	\$0	\$0		\$632,200	



Comprobante en línea
Pago PSE

28 Ago 2025 10:32:20



Pago exitoso
CUS 1732266288

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
190.6.160.131

Fecha
28 Ago 2025 10:32:20

Referencia 2
CC

Número de factura
9491005994

Referencia 3
31306284

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave: 9491005994**

Valor del Pago
\$632.200

Número de comprobante
TR1031166288

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4263**