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

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	**21-oct-25**	**CONTRATO NÚMERO**	**OC.07.2025**	**NÚMERO DE PAGO**	*5*

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.	* Se realizó programación y asignación de cita para realización de evaluiaciones medicas ocupacionales para ex-sevidores y servidores publicos de la entidad mediante correo electronico, relacionadas a continuación: - Dos (2) Evaluaciones medicas ocupacionales de egreso. - Cinco (5) Evaluaciones medicas ocupacionales de ingreso - Cinco (5) Optometrias - Una (1) Audiometria * Realización de evaluaciones medicas ocupaciónales a servidores y exservidores públicos de la entidad de las siguienges dependencias en las siguientes fechas: Ingresos: 1. Jefe oficina de Gestión Contractual- 04-09-2025 2. Jefe oficina Evaluación de la Operación - 24-09-2025 3. Jefe oficina de Comunicaciones - 26-09-2025 4. Jefe oficina de Mercadeo y explotación Comercial - 29-09-2025 5. Jefe oficina de Contratación - 01-10-2025 Egresos: 1. Ex-Secretaria General y Asuntos Juridicos 11-09-2025 2. Ex jefe Gestión Contractual - 09-09-2025	* Recibido y revisión de evaluación medica realizada. * Revisión de facturación de servicio realizado. * 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. * Revisión de certificación suscrita por el revisor fiscal.	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	

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

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	**21-oct-25**	**CONTRATO NÚMERO**	**OC.07.2025**	**NÚMERO DE PAGO**	*5*

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**

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**	**9/10/2025**

Por lo anterior se autoriza el pago de la cuota o periodo correspondiente	**CUOTA**	*QUINTA*	**SI**	X	**NO**	

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

3.1 DATOS COBRO

NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO: *(Cuando aplique)*	**FEC52381**	**Fecha de la factura o cobro**	**14-oct-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	**$ 361.000,00**	$ 5.874.080,00	$ 379.000,00	5.495.080,00

3.2 PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA A LA FECHA

Pago o acta de pago No.	**Factura/Cuenta de Cobro No.**	**Valor**
No. 1	FEC47967	$ 54.400,00
No. 2	FEC48973	$ 189.600,00
No. 3	FCA91	$ 85.700,00
No. 4	FCA168	$ 31.300,00
Vr. Total Pagado a la fecha		**$ 361.000,00**
Saldo a favor del Contratista		$ 5.874.080,00
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

ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA	**JEFE OFICINA DE GESTIÓN HUMANA**	ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA Firmado digitalmente por ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA Fecha: 2025.10.20 12:29:12 -05'00'
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	10	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: 5 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**	**10**	**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)	FEC52381
Fecha Factura (Cuando aplique)	14/10/2025
Valor inicial	**$ 6.235.080**
Valor adición	**$ 0**
Valor Total	**$ 6.235.080**
Valor pagado a la fecha	**$ 361.000**
Saldo actual	**$ 5.874.080**
Valor de este pago	**$ 379.000**
Saldo después de este pago	**$ 5.495.080**

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	

ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA

Firmado digitalmente por ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA
Fecha: 2025.10.20 12:30:06 -05'00'

[inserte firma del supervisor del contrato]

Andrea del Pilar Tellez Falla
SUPERVISOR

Jefe Oficina de Gestión Humana
CARGO DEL SUPERVISOR

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. FEC52381
Fecha 14- 10- 2025 14:05:11
Estado: FACTURADA
Vencimiento 13- 11- 2025
Elaboró
DIANA XIMENA GIRON HURTADO

ITEM	CANTIDAD	UND	SERVICIO	SEDES	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	1	U	AUDIOMETRIA	CALI NORTE	22.200,00	22.200,00
2	1	U	AUDIOMETRIA	CALI TEQUENDAMA	22.200,00	22.200,00
3	4	U	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO	CALI NORTE	31.300,00	125.200,00
4	1	U	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO	CALI TEQUENDAMA	31.300,00	31.300,00
5	2	U	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE RETIRO	CALI AQUARELA	31.300,00	62.600,00
6	4	U	OPTOMETRIA	CALI NORTE	23.100,00	92.400,00
7	1	U	OPTOMETRIA	CALI TEQUENDAMA	23.100,00	23.100,00

%DESCUENTO	0,00			**Sub Total:**	379.000,00
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 de lineas: 7
Descripción: Desde: 2025-09-04 Hasta: 2025-10-01 |
Desde "2025-09-04" hasta "2025-10-01"
Forma de pago: Crédito Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria

Total Rete Ica:	0,00
Total Impuesto:	0,00
Valor Total:	379.000,00

Valor en Letras: TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL 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:d7aa856cb098cf484a269bb85df7dd38389be01b976ff62b3132e94323b63b03ac96577ec800f796712b7aac1959b583
Firma digital del facturador: M0EnInxoZGyZDhc+7BpuPFcNqlLv1SI8/Wpt1pzpQQGz1QAe6Uhkf1OpAxn0XXl0rR0K2FQ2 5P5U64gacT9xZp1TrB7slMrSTHJKH8fdU8naWnh6fEo6bgN+JLgUYUaMFQYM/rQfNkYMKgvSWQNFPe/qq+xJEac7d2m0S3YXKo 7DCmQc8VUI4Rd2yZaAm5KsjNuBQCx9ELSDGzF3jTR4fqJCKFTvi+iDjQbFWXs2xcbEQ3DIKPFFJTPirwLDPWdazVKv+pgio2v6D P4Jw4duMjKptT/ennAMKEJCdHlSO75tjVgAB7HMH+7P62OYgTE2/kjrMjkBc/6nU9G3iQfkVw==

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 2025-10-14 14:05:11

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-25-009

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 septiembre 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 septiembre 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 (9) días del mes de octubre 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
2025-09	2025-10	1837504365	9493067752	E	2025/10/09	2025/10/08	BANCOLOMBIA	0	$116,797,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				120	$68,647,700	$0	$0	$68,647,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	8	$4,344,600	$0	$0	$4,344,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	51	$38,425,400	$0	$0	$38,425,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	44	$19,030,500	$0	$0	$19,030,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	16	$6,488,800	$0	$0	$6,488,800
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$358,400	$0	$0	$358,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				120	$7,472,400	$0	$0	$7,472,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	120	$7,472,400	$0	$0	$7,472,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				120	$17,131,700	$0	$0	$17,131,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	22	$2,698,200	$0	$0	$2,698,200
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	1	$260,000	$0	$0	$260,000
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	97	$14,173,500	$0	$0	$14,173,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				120	$21,015,700	$0	$0	$21,015,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$254,400	$0	$0	$254,400
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	9	$1,244,600	$0	$0	$1,244,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$743,600	$0	$0	$743,600
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$203,300	$0	$0	$203,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	26	$9,258,200	$0	$0	$9,258,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$149,400	$0	$0	$149,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	$1,211,500	$0	$0	$1,211,500
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	7	$902,300	$0	$0	$902,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$1,080,100	$0	$0	$1,080,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	51	$5,968,300	$0	$0	$5,968,300
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				**120**	**$116,797,500**	**$0**	**$0**	**$116,797,500**

2025/10/08 11:29 AM