MEMORANDO (MEMO M20240524AF001643 – DIVRI)

PARA: **CARLOS JOSE CALAO CASTELLANOS - ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

DE: **LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA**

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

FECHA: 24 Mayo 2024

ASUNTO: SOLICITUD DE PAGO CONTRATO 029/2024 MDN-VVGSED-DIVRI

Por medio de la presente, me permito enviar los siguientes documentos para el trámite de pago del contrato No. 029/2024 MDN-VVGSED-DIVRI, correspondiente al mes de marzo de 2024, la cual tiene por objeto "Prestación de servicios para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales para los servidores de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional"

Anexos

1. Informe de actividades del mes de marzo de 2024
2. Certificación expedida por el contratista, sobre aportes a seguridad social, del contrato suscrito con la DIVRI
3. Certificación aportes parafiscales personas jurídicas (certificación emitida por revisor fiscal o representante Legal).
4. Factura No. F03 C 39017 con el radicado de la entidad (DIVRI)
5. Formato Recibido a Satisfacción
6. Entradas de almacén No. 5003365898-2024 y 5003365900-2024
7. Pantallazo de Secop II donde se evidencie la factura

Cordialmente,

Firmado electrónicamente SGDEA
LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA
Talento Humano
Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva
Viceministerio de Veteranos y del GSED

Reviso:
Elaboro: LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA
Anexos: [Anexos.Nombre]

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

NIT : 830,103,479 - 8
CRA 45 A 94 91
BOGOTA DC - COLOMBIA
7420428 7420428
facturaelectronicaproveedores@controlarsalud.com
No responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8621 Tarifa 9,66

Cliente	DIRECCION DE VETERANOS Y REHABILITACION INCLUSIVA ¨DIVRI¨		
NIT	900,894,833 - 9	**Teléfono**	3164536998
Dirección	CL 21 44 40 BRR PUENTE ARANDA	**Vendedor**	PRUEBA
Ciudad	BOGOTA DC - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	financiera@divri.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 39017

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-04-22	13:48:52
Expedición	2024-04-22	14:02:15
Vencimiento	2024-04-22	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	PAQUETE 1 EMO-OSTEO-ING-OPT-ADU		4.00	55,800.00	223,200.00
2	0010001890202	POST INCAPACIDAD - RECOMENDACIONES LABORALES		1.00	35,000.00	35,000.00

Total Items 2

Total Bruto	258,200.00
Total a Pagar	**$ 258.200,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Efectivo Cuota 1 F - 003- 39017 Vence el 2024-04-22 258.200,00

VALOR EN LETRAS

Doscientos Cincuenta Y Ocho Mil Doscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

15-01-13;029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI;lissette.cruz@divri.gov.co

DIVRI
Rad No. F20240517AF000232
Folios: 1 Anexos: 0
Fecha: 17/05/2024 15:23:04
Rem: CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

DIVRI

Firma Elaborado por : ANGIE MARCELA G

Firma Recibido

DESPUES DE 48 HORAS DE RECIBIDO ELECTRONICAMENTE NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES PARCIALES O TOTALES - FAVOR REALIZAR EL PAGO BANCO DAVIVIENDA CUENTA CORRIENTE 004469999603 A NOMBRE DE CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S CON NIT 830.103.479-8 , ENVIAR SOPORTE DE PAGO AL CORREO DE contabilidad@controlarsalud.com

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**. 18764055845107 **aprobado en** 2023-09-11 **hasta el** 2024-09-05, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** C **desde el número** 37554 **al** 50000

CUFE :d3fc8b8d4e464e62e86a8236639e8f5cdb1a3ad915d0ae75b9035fba7b4aa09894e0d54b6ed9c6e5a3c408143d0cb9ab

ORIGINAL

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

Defensa DIVRI DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA	FORMATO	Código: GC-F-005 Versión No: 03 Vigente a partir de 07 DE SEPTIEMBRE DE 2023
	RECIBIDO A SATISFACCIÓN	

1	NOMBRE O RAZON SOCIAL PROVEEDOR	**CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS**
2	NIT O CEDULA PROVEEDOR	830.103.479-8
3	REGIMEN TRIBUTARIO QUE PERTENECE	☒ **RESPONSABLE DE IVA** ☐ **NO RESPONSABLE DE IVA** ☐ **REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN**
4	N° CONTRATO	029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI
5	NOMBRE Y No. CEDULA SUPERVISOR:	Lissette Andrea Cruz Orjuela - 52430400
6	OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales para los servidores de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional
7	CONCEPTO DE LA ENTRADA	BIENES ☐ SERVICIOS ☒
8	ENTREGA PARCIAL O COMPLETA	Parcial
9	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	Prestación de servicios para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales para los servidores de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional, del mes de marzo de 2024.
	CANTIDAD	N/A
	UNIDAD DE MEDIDA:	UNIDADES ☒ HORAS ☐
	No. DE PARTE (BIENES DE CONSUMO):	N/A
	SERIALES: N/A	
10	VALOR DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS	$ 258.200
11	CUADRO DISTRIBUCIÓN	ANEXO: ☐ SI ☒ NO
12	VALOR TOTAL EN LETRAS	Doscientos Cincuenta Y Ocho Mil Doscientos pesos M/Cte
13	CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES: El suscrito supervisor certifica, que: Recibí a satisfacción según el contrato 029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI el cual tiene por objeto contratar prestación del servicio para llevar a cabo los exámenes médicos ocupacionales para los funcionarios de la DIVRI del Ministerio de Defensa Nacional; durante el mes de marzo de 2024 que presta los servicios requeridos de acuerdo con las obligaciones del contratista especificadas en la aceptación de oferta y la factura No. F03 C 39017. EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES: Para la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional se realizaron las siguientes evaluaciones médicas ocupacionales para el periodo en referencia:	

No	FECHA	TIPO	TIPO ID	CEDULA	PAQ 1	PAQ 3
1	01/03/2024	INGRESO	CC	1030540288	1	
2	01/03/2024	INGRESO	CC	34320969	1	
3	01/03/2024	INGRESO	CC	80238576	1	
4	01/03/2024	INGRESO	CC	91285222	1	
5	13/03/2024	RECOMENDACIONES MEDICAS	CC	43985940		1
TOTAL					**4**	**1**

14

CLASIFICACION DE LOS BIENES O SERVICIOS ADQUIRIDOS:

1. **Nombre del bien intangible Vida útil y valor**

NOMBRE	FINITA	INDEFINIDA	SI ES FINITA AÑOS DE USO	VALOR
N/A	☐	☐		

2. **Clase de servicio al bien Intangibles**

NOMBRE DEL SERVICIO	FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN	VALOR
Suscripción	N/A	
Renovación y/o actualización	N/A	
Mantenimiento	N/A	
Desarrollos: Se reconocen como Intangible	☐	
Desarrollos: NO se reconocen como Intangible	☐	

ETAPA	**VALOR**
En proceso ☐	
Finalizado ☐	

3. Descripción De Bienes Tangibles

DESCRIPCIÓN	MARCA	CANTIDAD	VALOR	VIDA ÚTIL (TENER EN CUENTA LOS RANGOS DE LA POLÍTICA DEL MDN)
N/A	N/A	N/A	N/A	
N/A	N/A	N/A	N/A	

15	FIRMA DEL SUPERVISOR	Lissette Andrea cruz Orjuela
	QUIEN RECIBE POR EL MINISTERIO	PD-Gelber Sandoval Blanco
	FECHA DE EXPEDICIÓN	Bogotá D.C, 23 de mayo de 2024

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

ENTRADA DE BIENES
POR CONCEPTO DE: ENTRADA DE SERVICIOS

Doc. Material
5003365900-2024
MOVIMIENTO: ML81N

UNIDAD	NIT	CODIGO	ALMACEN	FECHA	CIUDAD
Dir centro rehabilitac inclusi	900894833-9	DCRI		23.05.2024	Bogota

PROVEEDOR	NIT	CODIGO	No. PEDIDO	DESTINO
CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	0830103479		4500484016	

TRAZABILIDAD: PAGO NO 01 / FACTURA No F03-C 39017 / GASTOS GENERALES SERVICIOS

MATNR	LOTE/UBIC	EQUIPO	No.PARTE	DESCRIPCION	IMPUTACN./SERIE	CANT	UD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
				EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PO		1,00	UN	35.000,00	35.000,00



RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO

TOTALES **35.000,00**

MONTO: TREINTA Y CINCO MIL PESOS CON- CERO /100 M.CTE

RECIBI:	ENTREGUE	Vo.Bo.	Vo.Bo.
ALMACENISTA POST-FIRMA	POST-FIRMA	POST-FIRMA	POST-FIRMA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	ENTRADA DE BIENES POR CONCEPTO DE: ENTRADA DE SERVICIOS	Doc. Material 5003365898-2024 MOVIMIENTO: ML81N

UNIDAD	NIT	CODIGO	ALMACEN	FECHA	CIUDAD
Dir centro rehabilitac inclusi	900894833-9	DCRI		23.05.2024	Bogota

PROVEEDOR	NIT	CODIGO	No. PEDIDO	DESTINO
CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	0830103479		4500484016	

TRAZABILIDAD: PAGO NO 01 / FACTURA No F03-C 39017 / GASTOS GENERALES SERVICIOS

MATNR	LOTE/UBIC	EQUIPO	No.PARTE	DESCRIPCION	IMPUTACN./SERIE	CANT	UD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
				EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE		4,00	UN	55.800,00	223.200,00



RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO

TOTALES 223.200,00

MONTO: DOSCIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS PESOS CON- CERO /100 M.CTE

RECIBI:	ENTREGUE	Vo.Bo.	Vo.Bo.
ALMACENISTA POST-FIRMA	POST-FIRMA	POST-FIRMA	POST-FIRMA

1	**NOMBRE O RAZON SOCIAL**	**CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS**
2	**IDENTIFICACIÓN**	830.103.479-8
3	**CONTRATO N°**	029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI
4	**NÚMERO DE PAGO**	1
5	**REGIMEN TRIBUTARIO AL QUE PERTENECE**	☐ **RESPONSABLE DE IVA** ☒ **NO RESPONSABLE DE IVA** ☐ **REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN**
6	**CRP:** Número de registro presupuestal del Contrato 10024	☒ **VIGENCIA ACTUAL** ☐ **RESERVA** ☐ **VIGENCIA EXPIRADA**
7	**EJECUCIÓN A PARTIR DE:**	01/03/2024
8	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	30/12/2024
9	**OBJETO**	Prestación de servicios para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales para los servidores de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional
10	**VALOR TOTAL**	**Valor Inicial del Contrato ($)** $ 6.459.631 **+ Valor Adiciones** $0 **- Valor Reducciones** $0 **Valor Total del Contrato ($)** $ 6.459.631 Valor total del contrato incluyendo adiciones y reducciones y/o liberaciones de saldos
11	**MODIFICACIONES DEL CONTRATO**	☐ **ADICIÓN** ☐ **OTROS** ☐ **REDUCCIÓN** ☐ **PRÓRROGA** ☐ **CESIÓN**
12	**FORMA DE PAGO:** la Entidad realizará el pago de la siguiente manera: El valor del contrato se pagará, por intermedio del Grupo administrativo y financiero-tesorería de la entidad, de esa Dirección del Ministerio al CONTRATISTA, una vez se encuentre aprobado el P.A.C., (Programa Anual Mensualizado de Caja) por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de acuerdo con los servicios efectivamente prestados correspondientes a los valores ofertados en el SECOP II por el contratista, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la radicación en el área financiera de los documentos requeridos para pago.	
13	**VALOR DE PAGO SOLICITADO**	$ 258.200 (Doscientos Cincuenta Y Ocho Mil Doscientos pesos M/Cte)
14	**PERIODO**	Marzo de 2024
15	**CAMBIO DE CUENTA BANCARIA**	☐ Si ☒ No En caso de que el contratista haya solicitado cambio de cuenta bancaria

16	**N° Y TIPO DE CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA**	CUENTA CORRIENTE No. 0560004469999603
17	**ENTIDAD FINANCIERA**	DAVIVIENDA
18	**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL OBJETO Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	Servicios entregados / Total contrato ($258.200/ $ 6.459.631) = 4%
19	**PORCENTAJE ACUMULADO DE PAGOS SOLICITADOS**	($258.200/ $ 6.459.631) = 4%

20

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES: El suscrito supervisor certifica, que:

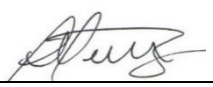
Recibí a satisfacción según el contrato 029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI el cual tiene por objeto contratar prestación del servicio para llevar a cabo los exámenes médicos ocupacionales para los funcionarios de la DIVRI del Ministerio de Defensa Nacional; durante el mes de marzo de 2024 que presta los servicios requeridos de acuerdo con las obligaciones del contratista especificadas en la aceptación de oferta y la factura No. F03 C 39017. EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES: Para la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional se realizaron las siguientes evaluaciones médicas ocupacionales para el periodo en referencia:

No	FECHA	TIPO	TIPO ID	CEDULA	PAQ 1	PAQ 3
1	01/03/2024	INGRESO	CC	1030540288	1	
2	01/03/2024	INGRESO	CC	34320969	1	
3	01/03/2024	INGRESO	CC	80238576	1	
4	01/03/2024	INGRESO	CC	91285222	1	
5	13/03/2024	RECOMENDACIONES MEDICAS	CC	43985940		1
TOTAL					**4**	**1**

21

7. Anexos

1. Informe de actividades del mes de marzo de 2024
2. Certificación expedida por el contratista, sobre aportes a seguridad social, del contrato suscrito con la DIVRI
3. Certificación aportes parafiscales personas jurídicas (certificación emitida por revisor fiscal o representante Legal).
4. Factura No. F03 C 39017 con el radicado de la entidad (DIVRI)
5. Formato Recibido a Satisfacción
6. Entradas de almacén No. 5003365898-2024 y 5003365900-2024
7. Pantallazo de Secop II donde se evidencie la factura

22	**FIRMA DEL SUPERVISOR**	
	NOMBRE DEL SUPERVISOR	LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA
	CARGO DEL SUPERVISOR	Profesional de Defensa 14- Talento Humano
23	**FECHA DE EXPEDICION**	24/05/2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830103479
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 45 A 94 91	TELÉFONO:	7420428
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	3 - MARTHA SIERRA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7920495057**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		536502923

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 211.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 211.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 52.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 52.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 13.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 13.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 328.500**
VALOR MORA:	**$ 2.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 330.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830103479
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 45 A 94 91	TELÉFONO:	7420428
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	5 - JULY ANDREA BLANCO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7922230751**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		20			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		562572107

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 211.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 211.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 52.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 52.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 13.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 13.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 325.600**
VALOR MORA:	**$ 5.700**
TOTAL PAGADO:	**$ 331.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830103479
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 45 A 94 91	TELÉFONO:	7420428
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	6 - GPJ- GLADYS T - FABIO T
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7922444964**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		22			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		567571661

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 264.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 264.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 53.000
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 53.000
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 66.300
		SUBTOTAL:	3	**$ 172.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	3	$ 172.200
		SUBTOTAL:	3	**$ 172.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	3	$ 45.100
		SUBTOTAL:	3	**$ 45.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 642.000**
VALOR MORA:	**$ 12.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 654.300**

Planilla Pagada

JUAN CARLOS JURADO LEAL
Revisor Fiscal

CSI-026-2024

Bogotá D.C., 26 de marzo de 2024
CSI-026-2024

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

CERTIFICA

Que la composición accionaria de **CONTROLAR SALUD INTEGRAL con NIT 830.103.479- 8** al 31 de diciembre de 2023 de acuerdo con la información contable con el registro de libros de accionistas, es el siguiente:

No	Identificación	Accionista	Total acciones	% Participación
1	51,974,999	Téllez Jiménez Claudia Patricia	200,000,000.00	100%
TOTAL			**200,000,000.00**	**100%**

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento a los 26 días del mes de marzo de 2024

El proponente



Firma de Revisor Fiscal:
Juan Carlos Jurado Leal
Razón Social del Proponente: CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS Nit: 830103479-8
Revisor Fiscal T.P 149193 - T
C.C.8.002.227 de Agua de Dios
Dirección: Calle 6 Sur No 1 – 77 Torre 2 Apto 301,
jkjuradol@gmail.com
Tel: 318 269 53 57

Orden de pago Presupuestal de gastos
Comprobante

Usuario Solicitante:	MHosalinas	OLGA MARLEN SALINAS HUERTAS
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-13	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA
Fecha y Hora Sistema:	2024-06-06-9:07 a. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	169026324	**Fecha Registro:**	2024-05-29	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-13 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	55624	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2024-05-31	**Código de Referencia:**	04500330700169026324	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00		
Valor Bruto:	258.200,00	**Valor Deducciones:**	7.658,00	**Valor Neto:**	250.542,00	**Saldo x Pagar:**	0,00		

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**258.200,00**	Valor Deducciones	7.658,00	Valor Neto	**250.542,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**	

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	830103479	**Razón Social:**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	0560004469999603	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

TESORERIA	DOCUMENTO SOPORTE					
	Número:	C 39017	**Tipo:**	FACTURA	**Fecha:**	2024-04-22
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN						

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS												
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
15-01-13 DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	10	CSF	258.200,00	0,00	258.200,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES							
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-01-03-05	RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	0,966 %	2.494,00	2.494,00	
2-01-04-01-04-04	RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	2,000 %	5.164,00	5.164,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
15-01-13 - DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA	1-2 - ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2024-05-31	258.200,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)