MEMORANDO (MEMO M20240624AF001954 – DIVRI)

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

COPIA:

DE: **LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA**

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

FECHA: 24 Junio 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 mayo 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 mayo 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 39272 con el radicado de la entidad (DIVRI)
5. Formato Recibido a Satisfacción
6. Entradas de almacén No. 5003388171-2024 y 5003388205-2024
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: Certificación De Aportes Al Sistema De Seguridad Social Integral Y Parafiscales.Pdf, Comprobantedepago.7927786499 - Ss Abril 2024.Pdf, Controlar Salud - Factura Radciada.Pdf, Entrada Controlar Salud Mayo1.Pdf, Entrada Controlar Salud Mayo2.Pdf, Formato Recibido A Satisfacción V3 Controlar Salud.Pdf, Patallazo Secop.Pdf, Revisor Fiscal - Tarjeta Profesional Juan C Jurado.Pdf, Siif Pantallazo.Pdf, Informe De Ejecución De La Supervisión Y Cumplido A Satisfacción V4 Controlar Salud.Pdf

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**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
Ciudad	BOGOTA DC - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	lissette.cruz@divri.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 39272

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-06-13	14:48:14
Expedición	2024-06-13	14:53:12
Vencimiento	2024-06-13	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	PAQUETE 1 (MEDICO-OPTO-AUDIO)		1.00	55,800.00	55,800.00
2	0010001999408	PAQUETE 3 (POST INCAPACIDAD)		2.00	35,000.00	70,000.00

Total Items 2

Total Bruto	125,800.00
Total a Pagar	**$ 125.800,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Efectivo Cuota 1 F - 003- 39272 Vence el 2024-06-13 125.800,00

VALOR EN LETRAS

Ciento Veinticinco Mil Ochocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

PERIODO FACTURADO MAYO

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

DIVRI
Rad No. F20240614AF000291
Folios: 1 Anexos: 0
Fecha: 14/06/2024 16:10:08
Rem: CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

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 :5bcd2e227294b178f132007f4bb012e5d0f5018fab5f01acb36eab416aa4696234a20023f07fa507fb8b94db88bc4b64

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 mayo 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	$ 125800
11	CUADRO DISTRIBUCIÓN	ANEXO: ☐ SI ☒ NO
12	VALOR TOTAL EN LETRAS	Ciento Veinticinco Mil Ochocientos 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 mayo 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 39272. 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	15/05/2024	INCAP	CC	24183331		1
2	08/05/2024	ING	CC	1233493588	1	

	3	20/05/2024	INCAP	CC	52784733		1
	TOTAL					**1**	**2**

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	RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO PD-Gelber Sandoval Blanco
FECHA DE EXPEDICIÓN	Bogotá D.C, 21 de junio de 2024

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	ENTRADA DE BIENES POR CONCEPTO DE: ENTRADA DE SERVICIOS	Doc. Material 5003388171-2024 MOVIMIENTO: ML81N

UNIDAD	NIT	CODIGO	ALMACEN	FECHA	CIUDAD
Dir centro rehabilitac inclusi	900894833-9	DCRI		21.06.2024	Bogota

PROVEEDOR	NIT	CODIGO	No. PEDIDO	DESTINO
CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	0830103479		4500486663	

TRAZABILIDAD: PAGO NO 03 / FACTURA No C39272 / GASTOS GENERALES SERVICIOS

MATNR	LOTE/UBIC	EQUIPO	No.PARTE	DESCRIPCION	IMPUTACN./SERIE	CANT	UD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
				EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE		1,00	UN	55.800,00	55.800,00



RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO

TOTALES 55.800,00

MONTO: CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS 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 5003388205-2024 MOVIMIENTO: ML81N

UNIDAD	NIT	CODIGO	ALMACEN	FECHA	CIUDAD
Dir centro rehabilitac inclusi	900894833-9	DCRI		21.06.2024	Bogota

PROVEEDOR	NIT	CODIGO	No. PEDIDO	DESTINO
CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	0830103479		4500486663	

TRAZABILIDAD: PAGO NO 03 / FACTURA No C39272 / GASTOS GENERALES SERVICIOS

MATNR	LOTE/UBIC	EQUIPO	No.PARTE	DESCRIPCION	IMPUTACN./SERIE	CANT	UD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
				EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PO		2,00	UN	35.000,00	70.000,00



RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO

TOTALES 70.000,00

MONTO: SETENTA MIL 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**	3
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**	$ 125.800 (Ciento Veinticinco Mil Ochocientos Pesos M/Cte)
14	**PERIODO**	Mayo 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 ($454.000/ $ 6.459.631) = 7.03%
19	**PORCENTAJE ACUMULADO DE PAGOS SOLICITADOS**	($454.000/ $ 6.459.631) = 7.03%

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 mayo 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 39272.

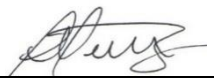
EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES: Para la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional se realizaron las siguientes evaluaciones médicas ocupacionales para el periodo en referencia:

No	FECHA	TIPO	TIPO ID	CEDULA	PAQ 1	PAQ 3
1	15/05/2024	INCAP	CC	24183331		1
2	08/05/2024	ING	CC	1233493588	1	
3	20/05/2024	INCAP	CC	52784733		1
TOTAL					**1**	**2**

21

7. Anexos

1. Informe de actividades del mes de mayo 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 39272 con el radicado de la entidad (DIVRI)
5. Formato Recibido a Satisfacción
6. Entradas de almacén No. 5003388171-2024 y 5003388205-2024
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**	21/06/2024

Santafé de Bogotá, junio 18 de 2024 (vigencia 90 días)

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Señores
DIRECCION DE VETERANOS Y REHABILITACION INCLUSIVA ¨DIVRI¨

Estimados señores:

El(los) suscrito(s) CLAUDIA TELLEZ, portador (a) del documento de identidad No. 51.974.999, actuando en mi calidad de representante legal, de la sociedad CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS Nit 830103479-8, en la dirección Carrera 45 A No 94 -91, Matrícula Mercantil No. 01185603 de Bogotá debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de cierre del presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), (Articulo 25 Ley 1607 de 2012), cuando a ello hubiere lugar. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Yo, Juan Carlos Jurado Leal, identificado con C.C.8.002.227 de Agua de Dios, y con Tarjeta Profesional No. 149193 - T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de CONTROLAR SALUD INTEGRAL identificado con Nit 830103479-8, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de cierre del presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)) (Articulo 25 Ley 1607 de 2012), cuando a ello hubiere lugar. Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de nuestros compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, se suscribe en la ciudad de Bogotá el día 18 de junio de año 2024

El proponente

Firma de Revisor Fiscal:



Juan Carlos Jurado Leal
830103479-8
Revisor Fiscal T.P 149193 - T
C.C.8.002.227 de Agua de Dios

Firma de Representante Legal:

CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS Nit: 830103479-8
Representante Legal: Claudia Tellez con C.C. No. 51.974.999 de Bogotá
gerenciacomercial@controlarsalud.com
Teléfono: 7420428 – 29 – 30
Dirección: Cra. 45 A # 94 91 Barrio La Castellana Santafé de Bogotá

Responsable del Proyecto

Carlos Andres Perez / Consultor Licitación Estatal y Privada - Venta Consultiva
Teléfonos Responsable: 310 4205402
comercial1@controlarsalud.com

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:	11 - TODOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7927786499**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		659963806

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 336.900
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 285.800
800224808	230301	230301-PORVENIR	3	$ 786.700
		SUBTOTAL:	5	**$ 1.409.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	$ 136.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 143.000
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2	$ 104.300
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 72.200
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	2	$ 144.600
		SUBTOTAL:	9	**$ 600.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	9	$ 600.300
		SUBTOTAL:	9	**$ 600.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	9	$ 159.600
		SUBTOTAL:	9	**$ 159.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.762.700**
VALOR MORA:	**$ 7.100**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.769.800**

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:	2024-07-10-8:14 a. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	212705824	**Fecha Registro:**	2024-06-28	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-13 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	70024	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2024-07-03	**Código de Referencia:**	04500330700212705824	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00		
Valor Bruto:	125.800,00	**Valor Deducciones:**	3.731,00	**Valor Neto:**	122.069,00	**Saldo x Pagar:**	0,00		

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**125.800,00**	Valor Deducciones	3.731,00	Valor Neto	**122.069,00**	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 39272	**Tipo:**	FACTURA	**Fecha:**	2024-06-13
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	125.800,00	0,00	125.800,00				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 %	1.215,00	1.215,00	
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 %	2.516,00	2.516,00	

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	2024-07-02	125.800,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)