| COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Formato | Agricultura<br>Código: **F04-PR-GFI-07** |
|---|---|---|
| gestión financiera | CERTIFICACIÓN Y TRÁMITE DE ORDEN DE PAGO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | Versión: **11**<br>Fecha Emisión: **26/07/2023** |

| 1. CONTRATO y/o ACEPTACIÓN DE OFERTA No. | 20240582 | 2.COMPROMISO PRESUPUESTAL No. | 111324 | 3. CDP N° | 55424 |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 4. NOMBRE O RAZON SOCIAL, U OTROS: | CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S. |
| 5. IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT. No. | NIT. 830.103.479-8 |

| 6. FECHA INICIO EJECUCIÓN: | 7. FECHA TERMINACIÓN CONTRATO: |
|---|---|
| 15 de marzo de 2024 | 31 de diciembre de 2024 |

| 8.DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO No. | 4 | de | 10 | PERIODO | 01 de junio 2024 – 30 de junio 2024 |
| SOLICITUD COMISIÓN No. | | | | PERIODO | |
| REEMBOLSO No. | | | | PERIODO | |
| FACTURA No. | C 39434 | | | FECHA | 04/07/2024 |
| RESOLUCION No. | | | | FECHA | |
| NOMINA | | | | PERIODO | |
| OTRO: | | | | PERIODO | |

| 9. EN ESTA CUENTA SE REALIZÓ COMPRA DE BIENES TANGIBLES E INTANGIBLES | SI | | NO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOTA: SI SE REALIZÓ COMPRA DE BIENES TANGIBLES E INTANGIBLES ADJUNTAR ENTRADA DE ALMACEN DEBIDAMENTE FIRMADA | | | | | |

| 10. DATOS DEL DESEMBOLSO | | | |
|---|---|---|---|
| REC. | CUENTA OBJETO DE GASTO | VALOR | VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO |
| 10 | A-02-02-02-009-003 | $ 529,000.00 | |
| | | | |
| | | | $ 529,000.00 |
| | | | |

| 11.CONSIGNAR EL DESEMBOLSO O PAGO EN LA CUENTA | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE CUENTA | TIPO | | BANCO |
| | AHORRO | CORRIENTE | |
| 0560004469999603 | | X | DAVIVIENDA |
| | | | |

| ENDOSAR A: | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE ó RAZÓN SOCIAL: | | C.C. ó NIT No. | |
| No. DE CUENTA | TIPO | | BANCO |
| | AHORRO | CORRIENTE | |
| | | | |

| 12. En calidad de supervisor(es) y/o responsable(s), manifiesto que se está cumpliendo o cumplió con el objeto contractual, comunicación de aceptación-oferta u otro y se recibió el bien o servicio a satisfacción, por lo cual se considera procedente se realice el pago o desembolso y se da el visto bueno correspondiente. | |
|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR (ES) y/o RESPONSABLE(S): | **YENY VIVIANA GAMBOA MARTÍNEZ** |
| DEPENDENCIA: | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO |
| FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S) | YENY VIVIANA GAMBOA MARTINEZ<br>Firmado digitalmente por YENY VIVIANA GAMBOA MARTINEZ |
| | Fecha de Firma Supervisor(es): Julio 2024 |

| USO EXCLUSIVO DE GRUPO CENTRAL CUENTAS | | |
|---|---|---|
| Fecha Recibido: | Hora Recibido: | Firma Recibido: |

# 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** | MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL | | |
| **NIT** | 899,999,028 - 5 | **Teléfono** | 2543300 |
| **Dirección** | CR 7 32 42 7 A 12 | **Vendedor** | CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS |
| **Ciudad** | BOGOTA - COLOMBIA | **Centro Costo** | 1 |
| **Correo** | tesoreria@minagricultura.gov.vo | | |

**FACTURA ELECTRÓNICA VENTA**
**F03**
**C 39434**

**Fecha y Hora de Factura**

| | | |
|---|---|---|
| **Generación** | 2024-07-04 | 15:22:14 |
| **Expedición** | 2024-07-04 | 15:27:15 |
| **Vencimiento** | 2024-08-04 | |

| Item | Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0010001890202 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL(INGRESO,PERIODICO,RETIRO | | 9.00 | 28,000.00 | 252,000.00 |
| 2 | 0010002890307 | VISIOMETRIA | | 5.00 | 17,400.00 | 87,000.00 |
| 3 | 0020001903817 | PERFIL LIPIDICO | | 5.00 | 28,000.00 | 140,000.00 |
| 4 | 0020001903841 | GLICEMIA | | 5.00 | 10,000.00 | 50,000.00 |

**Total Items** 4

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 529,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 529.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Credito Personas Juridicas Efectivo Cuota 30 F - 003- 39434 Vence el 2024-08-04 529.000,00

**VALOR EN LETRAS**

Quinientos Veintinueve Mil Pesos M/Cte

**OBSERVACIONES**

#$17-01-01-000;20240582;yeny.gamboa@minagricultura.gov.co#$
siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

**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 :a2dcdd3239f32a9cdb9b9d97ca898f17f29d0aabbb2e99b56396927cdbe38009eed566ce491219f5961ff143ce1fc185

**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

| | | |
|---|---|---|
| COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA<br>Gestión para la Contratación | Formato | Agricultura<br>Código: **F34-PR-GPC-01** |
| | Informe parcial de ejecución contratos y convenios | Versión: **3** |
| | | Fecha Emisión: **13/07/2023** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato y/o Convenio No.** | 20240582 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S - CLAUDIA TELLEZ | | |
| **Nombre del supervisor y/o interventor** | YENY VIVIANA GAMBOA MARTÍNEZ | | |
| **Dependencia** | TALENTO HUMANO – SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | | |
| **Objeto del contrato** | Prestar los servicios para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva y del trabajo para los servidores del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. | | |
| **Fecha de inicio** | martes, 09 de julio de 2024 | **Fecha de terminación** | martes, 31 de diciembre de 2024 |
| **Período objeto del informe:** | 01 de junio de 2024 - 30 de junio de 2024 | | |
| **Informe número** | Informe 4 | | |

## INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

El presente formato deberá ser diligenciado para informar la ejecución de los contratos y convenios por parte del contratista asociado o conveniente.

**OBLIGACIONES GENERALES**

Certifico que he dado cumplimiento a todas las obligaciones generales pactadas en el Estudio Previo o en el contrato o el convenio (según corresponda).

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**

| | Obligación contractual | Descripción de la Actividad desarrollada | Producto o evidencia o entrega |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con el objeto contractual de conformidad con lo dispuesto en los Estudios Previos en el numeral 2.6 condiciones técnicas, así como lo previsto en la invitación pública, en la propuesta y demás documentos que se generen en el Proceso de Contratación. | Realización de valoraciones médicas ocupacionales. | Conceptos médicos y/o certificados. |
| 2 | Entregar informes cualitativos y cuantitativos mensuales de los exámenes médicos ocupacionales y demás valoraciones realizadas y sobre las | Realización de valoraciones médicas ocupacionales.<br>Envío de informe de pacientes atendidos en el mes. | Conceptos médicos y/o certificados. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | actividades y exámenes realizados, especificando en un anexo el nombre de los funcionarios y allegando los soportes correspondientes; además del informe final de diagnóstico general de salud una vez termine la ejecución contractual y cuando sea necesario informe con recomendaciones para intervenciones en los casos especiales. | | |
| 3 | Garantizar que el contratista, el lugar y el equipo médico cuente con las licencias vigentes en salud ocupacional durante toda la ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones N° 2346 del 2007 y 4502 del 2012, lo cual podrá ser validado por el supervisor en cualquier momento. | Realización de valoraciones médicas ocupacionales a los funcionarios del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural de acuerdo con la normatividad vigente. | Conceptos y certificados médico-ocupacionales.<br>Informe cualitativo y cuantitativo (certificados médicos con observaciones y recomendaciones) correspondiente a los servicios prestados en el mes facturado. |
| 4 | Garantizar que el personal médico ofertado se mantenga durante la ejecución del contrato, sin perjuicio que el mismo pueda ser modificado a solicitud del contratista y por razones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, que impidan la continuidad de este personal, siempre que las condiciones del perfil se mantengan y se cuente con previa aprobación del Supervisor del contrato. | Remitir hojas de vida, certificados laborales y de antecedentes de la profesión de los profesionales que brindan el servicio en cada una de las sedes. | Hojas de vida, de los profesionales de la IPS con sus respectivos soportes académicos y laborales. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Guardar la confidencialidad en el contenido de las historias clínicas de acuerdo con lo establecido por el Decreto 1072 del 2015 para las entidades públicas. Se deberá custodiar las evaluaciones médicas ocupacionales y las historias clínicas ocupacionales de conformidad con la Resolución 1918 del 2009 del Ministerio de Protección Social cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo y confidencialidad conforme las normas legales vigentes para la historia clínica. | Mantener la información confidencial en la plataforma dispuesta por Controlar Salud Integral S.A.S. | Certificados conceptos médico-ocupacionales digitales.<br>Acceso bajo usuario y contraseña. |
| 6 | Entregar matriz consolidada y clasificada trimestralmente, del personal atendido, identificando los principales grupos de enfermedades, como insumo para la población objeto de los programas de vigilancia epidemiológica que se generen. | Realización de valoraciones médicas-ocupacionales. | Conceptos médicos.<br>Informe cualitativo y cuantitativo correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado. |
| 7 | Actualizar y validar el profesiograma establecido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. | No aplica para este período de ejecución. | No aplica para este período de ejecución. |
| 8 | Realizar y presentar al Ministerio la actualización del perfil sociodemográfico de los funcionarios de la entidad, teniendo como insumo los exámenes periódicos realizados. | Realizar informe de perfil sociodemográfico. | No aplica para este período de ejecución. |
| 9 | Expedir y allegar la certificación y concepto que | Realización de valoraciones médicas-ocupacionales. | Conceptos médicos. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | evidencie la realización de la evaluación médica y los exámenes clínicos y paraclínicos realizados mensualmente. | | Informe cualitativo y cuantitativo correspondiente a los servicios prestados en el mes facturado. |
| 10 | Retroalimentar a cada servidor público sobre el resultado de los exámenes realizados, dejando la respectiva constancia. | Realización de valoraciones medicas ocupacionales con retroalimentación de resultados. | Conceptos médicos firmados por pacientes. |
| 11 | El contratista remitirá al servidor público a su EPS en caso de diagnosticar enfermedad común o laboral según su especialidad médica, para su atención, e informará de forma inmediata al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, con el fin de realizar el seguimiento correspondiente. | Realización de valoraciones medicas ocupacionales con énfasis en recomendaciones y/o restricciones. | Certificados conceptos médicos-ocupacionales digitales. |
| 12 | Cumplir con la garantía de calidad de los servicios suministrados y repetir aquellos servicios que no se hayan realizado con los protocolos de salud requeridos. | Se realiza atención acorde con la toma de exámenes médico-ocupacionales. | Envío de certificados. |
| 13 | Ofrecer buen trato a los servidores(as) públicos(as) del MADR en cualquiera de las oportunidades en que tenga trato con los (las) mismos (as). | Realización de valoraciones medicas ocupacionales con estándares de servicio e idoneidad. | Cumple. |
| 14 | Cumplir, cuando haya lugar, con las especificaciones técnicas normadas para el transporte de muestras y equipos médicos cuando se realicen actividades de salud en la sede del Ministerio. | Prestar los servicios para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva y del trabajo para los servidores del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y realizar valoraciones medicas ocupacionales pertinentes. | Conceptos médicos. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | Garantizar que cualquier material empleado en la ejecución del objeto contractual cuente con el Registro Sanitario correspondiente, la preservación de la cadena de frío, el cumplimiento de la norma NTC aplicable y en general la observancia de cualquier estándar nacional o internacional que garantice siempre la calidad e idoneidad de estos. | Realización de valoraciones medicas ocupacionales- exámenes de laboratorio de acuerdo con estándares exigidos por la normatividad vigente. | Cumple. |
| 16 | Cumplir con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato y las demás que sean inherentes para lograr el cabal cumplimiento del objeto contractual. | Realización de valoraciones médicas ocupacionales especializadas | Conceptos médicos con firma, registro médico y No de licencia SST vigente |
| 17 | Garantizar la oportuna, eficaz, y eficiente prestación del objeto contratado, hasta la disposición y manejo de residuos conforme a la normatividad legal vigente. | Realización oportuna, eficaz y eficiente de valoraciones medicas ocupacionales especializadas. | Conceptos médicos con firma, registro médico y No de licencia SST vigente. |

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Claudia P Tellez S

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S
CLAUDIA PATRICIA TELLEZ
**Fecha:** 18/07/2024

| | |
|---|---|
| **Contrato y/o Convenio No.** | 20240582 |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S. – CLAUDIA TELLEZ |
| **Nombre del supervisor y/o interventor** | YENY VIVIANA GAMBOA MARTÍNEZ |
| **Dependencia** | SUBDIRECCIÓN ADMINITRATIVA – GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO. |
| **Objeto del contrato** | Prestar los servicios para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva y del trabajo para los servidores del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. |
| **Fecha de inicio** | viernes, 15 de marzo de 2024 |
| **Período objeto del informe:** | 01 de junio de 2024 - 30 de julio de 2024 |
| **Informe supervisado:** | Informe número 4 reportado por el contratista |

**INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORIA**

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato y/o convenio, certifico que:

1. El contratista durante el periodo señalado, si: (X) no (__) desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato o convenio en mención de acuerdo con su informe de ejecución el cual hace parte integral del presente informe, por lo anterior se relacionan las observaciones del supervisor así:

**Tabla 1.**

| OBLIGACION Y/O COMPROMISO | OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR |
|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual de conformidad con lo dispuesto en los Estudios Previos en el numeral 2.6 condiciones técnicas, así como lo previsto en la invitación pública, en la propuesta y demás documentos que se generen en el Proceso de Contratación. | Contratista realizó el envío de los conceptos médicos relacionados a los exámenes ocupacionales ejecutados. |
| Entregar informes cualitativos y cuantitativos mensuales de los exámenes médicos ocupacionales y demás valoraciones realizadas y sobre las actividades y exámenes realizados, | Contratista entrega conceptos médicos en los que se incluyen reportes cualitativos correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado. |

| | |
|---|---|
| especificando en un anexo el nombre de los funcionarios y allegando los soportes correspondientes; además del informe final de diagnóstico general de salud una vez termine la ejecución contractual y cuando sea necesario informe con recomendaciones para intervenciones en los casos especiales. | |
| Garantizar que el contratista, el lugar y el equipo médico cuente con las licencias vigentes en salud ocupacional durante toda la ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones N° 2346 del 2007 y 4502 del 2012, lo cual podrá ser validado por el supervisor en cualquier momento. | Contratista entrega conceptos médicos con recomendaciones y restricciones correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado. |
| Garantizar que el personal médico ofertado se mantenga durante la ejecución del contrato, sin perjuicio que el mismo pueda ser modificado a solicitud del contratista y por razones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, que impidan la continuidad de este personal, siempre que las condiciones del perfil se mantengan y se cuente con previa aprobación del Supervisor del contrato. | El contratista realiza entrega de los conceptos médicos con firma, registro médico y N° de licencia SST vigente. |
| Guardar la confidencialidad en el contenido de las historias clínicas de acuerdo con lo establecido por el Decreto 1072 del 2015 para las entidades públicas. Se deberá custodiar las evaluaciones médicas ocupacionales y las historias clínicas ocupacionales de conformidad con la Resolución 1918 del 2009 del Ministerio de Protección Social cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo y confidencialidad conforme las normas legales vigentes para la historia clínica. | Contratista realiza entrega de certificados de conceptos médicos ocupacionales digitales y acceso bajo usuario y contraseña. |
| Entregar matriz consolidada y clasificada trimestralmente, del personal atendido, identificando los principales grupos de enfermedades, como insumo para la población objeto de los programas de vigilancia epidemiológica que se generen. | Contratista realiza entrega de conceptos médicos correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado. |

| | |
|---|---|
| Actualizar y validar el profesiograma establecido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. | No aplica para este periodo de ejecución. |
| Realizar y presentar al Ministerio la actualización del perfil sociodemográfico de los funcionarios de la entidad, teniendo como insumo los exámenes periódicos realizados. | La actividad no aplica para este período de ejecución. |
| Expedir y allegar la certificación y concepto que evidencie la realización de la evaluación médica y los exámenes clínicos y paraclínicos realizados mensualmente. | Contratista realiza entrega de conceptos médicos correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado. |
| Retroalimentar a cada servidor público sobre el resultado de los exámenes realizados, dejando la respectiva constancia. | Contratista refiere la entrega de conceptos médicos firmados por pacientes. |
| El contratista remitirá al servidor público a su EPS en caso de diagnosticar enfermedad común o laboral según su especialidad médica, para su atención, e informará de forma inmediata al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, con el fin de realizar el seguimiento correspondiente. | Contratista realiza informe Conceptos médicos-ocupacionales Digitales con énfasis en recomendaciones y/o restricciones con remisión a EPS. |
| Cumplir con la garantía de calidad de los servicios suministrados y repetir aquellos servicios que no se hayan realizado con los protocolos de salud requeridos. | Se prestó el servicio adecuadamente y no se requirió garantía de los mismos. |
| Ofrecer buen trato a los servidores(as) públicos(as) del MADR en cualquiera de las oportunidades en que tenga trato con los (las) mismos (as). | No se presentaron quejas por la atención de parte de los funcionarios que asistieron a exámenes. |
| Cumplir, cuando haya lugar, con las especificaciones técnicas normadas para el transporte de muestras y equipos médicos cuando se realicen actividades de salud en la sede del Ministerio. | La actividad no se requirió para este período de ejecución. |
| Garantizar que cualquier material empleado en la ejecución del objeto contractual cuente con el Registro Sanitario correspondiente, la preservación de la cadena de frío, el cumplimiento de la norma NTC aplicable y en general la observancia de cualquier estándar | El contratista garantiza que los materiales utilizados en la realización de los exámenes ocupacionales cuentan con registro sanitario y cadena de frío. La actividad se realizó de acuerdo con la norma NTC vigente. |

| | |
|---|---|
| nacional o internacional que garantice siempre la calidad e idoneidad de estos. | |
| Cumplir con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato y las demás que sean inherentes para lograr el cabal cumplimiento del objeto contractual. | Contratista aplicó los exámenes solicitados por la Entidad y envió los conceptos médicos. |
| Garantizar la oportuna, eficaz, y eficiente prestación del objeto contratado, hasta la disposición y manejo de residuos conforme a la normatividad legal vigente. | Contratista realiza entrega de Conceptos médicos con firma, registro médico y No de licencia SST vigente. |

2. De conformidad con el seguimiento de las obligaciones y/o productos verificados, certifico que el porcentaje de ejecución financiera del contrato es de 2.26% y **técnicamente del 37%**.

| **ESTADO DE EJECUCIÓN CONTRATO 20240582 CONTROLAR SALUD INTEGRAL IPS** | | | |
|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | | $ 49.176.000 |
| **ADICIONES** | | | $ - |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | | | $ 49.176.000 |
| **PAGO N°** | **PERIODO DE EJECUCIÓN** | **VALOR** | **SALDO** |
| 1 | 15/03/2024 al 31/03/2024 | $ 250.200 | $ 48.925.800 |
| 2 | 1/04/2024 al 30/04/2024 | $ 111.400 | $ 48.814.400 |
| 3 | 1/05/2024 al 31/05/2024 | $ 194.800 | $ 48.619.600 |
| 4 | 1/06/2024 al 30/06/2024 | $ 529.000 | $ 48.090.600 |
| **VALORES TOTALES** | | **$ 1.085.400** | **$ 48.090.600** |
| % DE EJECUCIÓN FINANCIERA | | 2,26% | |
| DÍAS DEL CONTRATO | | 291 | |
| DIAS EJECUTADOS | | 107 | |
| % DE EJECUCIÓN TÉCNICA | | 37% | |

3. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud, riesgos laborales y pensiones, mediante la certificación de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales del 09 de julio de 2024, la cual se adjunta, y se anexa certificado de la Junta Central de Contadores No. 7BE8FF0E34A5D4A7.

4. Apruebo si ( **X** ) no ( ) los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el/la contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el contrato/convenio en mención.

5. A la fecha si ( ) no ( **X** ) existen causales de incumplimiento de las obligaciones y/o compromisos contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos relativos a la etapa de ejecución del presente contrato y/o convenio de acuerdo a lo señalado en el Estudio Previo y se concluye que si ( ) no ( **X** ) se materializó ningún riesgo.

7. Doy fe que la información financiera reposa en los formatos de trámite de pago definido en el procedimiento, como parte del proceso para tramitar el pago de desembolsos.

**OBSERVACIONES**

Esta supervisión registra que las actividades aquí certificadas, se realizan bajo la revisión, visto bueno y validación del equipo de seguridad y salud en el trabajo, mediante la matriz de seguimiento y control de exámenes médicos realizados, que se tiene como evidencia de la ejecución del contrato, así mismo bajo la verificación de los exámenes y conceptos médicos allegados para este periodo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2024.

De acuerdo con la verificación de la matriz, se realizaron los siguientes exámenes, conforme se detalla en el siguiente cuadro:

| ID | EXAMEN | E. OST | V. VIS | GLIC | COLESTEROL | TOTAL EX. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 51847067 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso | $ 28.000 | $ - | $ - | $ - | $ 28.000 |
| 1110524410 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso | $ 28.000 | $ - | $ - | $ - | $ 28.000 |
| 25454516 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Ingreso | $ 28.000 | $ 17.400 | $10.000 | $ 28.000 | $ 83.400 |
| 19354188 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales Periódicas | $ 28.000 | $ - | $ - | $ - | $ 28.000 |
| 1052395259 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Ingreso | $ 28.000 | $ 17.400 | $ 10.000 | $ 28.000 | $ 83.400 |
| 1032364047 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Retiro | $ 28.000 | $ - | $ - | $ - | $ 28.000 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1057601380 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Ingreso | $ 28.000 | $ 17.400 | $ 10.000 | $ 28.000 | $ 83.400 |
| 1030567041 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Ingreso | $ 28.000 | $ 17.400 | $ 10.000 | $ 28.000 | $ 83.400 |
| 1120563760 | Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Ingreso | $ 28.000 | $ 17.400 | $ 10.000 | $ 28.000 | $ 83.400 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TOTAL EXAMEN PERIODICO (ENF. OSTEOMUSCULAR)** | 1 | $ 28.000 | | **TOTAL** | $ 529.000 |
| **TOTAL EXAMEN INGRESO (ENF. OSTEOMUSCULAR)** | 5 | $ 140.000 | | | |
| **TOTAL EXAMEN EGRESO (ENF. OSTEOMUSCULAR)** | 3 | $ 84.000 | | | |
| **VALORACIÓN VISUAL** | 5 | $ 87.000 | | | |
| **GLUCOSA** | 5 | $ 50.000 | | | |
| **PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL)** | 5 | $ 140.000 | | | |
| **TOTAL** | | $ 529.000 | | **VALOR TOTAL** | $ 529.000 |

**En constancia, firmo:**

YENY VIVIANA GAMBOA MARTINEZ

Firmado digitalmente por YENY VIVIANA GAMBOA MARTINEZ

Yeny Viviana Gamboa Martínez
Supervisora

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** jueves, 18 de julio de 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: | 12 - OTRO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7932951457** | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 13 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/07/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 752921709 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 339.400 |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 324.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 663.500** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 84.900 |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 81.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 166.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 2 | $ 165.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 165.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 2 | $ 43.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 43.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.028.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 10.700** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.038.900** |

Santafé de Bogotá, julio 09 de 2024 (vigencia 90 días)

**CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES**

Señores
**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL**

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.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento a los 09 días del mes de julio de 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:**

Razón Social del Proponente: 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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

## CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

### NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
Nit: 830.103.479-8 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota, Regimen Comun
Domicilio principal: Bogotá D.C.

### MATRÍCULA

Matrícula No. 01185603
Fecha de matrícula: 30 de mayo de 2002
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 5 de abril de 2024
Grupo NIIF: Grupo II.

### UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Carrera 45 A No 94 -91
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: gerenciacomercial@controlarsalud.com
Teléfono comercial 1: 7420428
Teléfono comercial 2: 7420430
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Carrera 45 A No 94 -91
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: gerenciacomercial@controlarsalud.com
Teléfono para notificación 1: 7420428
Teléfono para notificación 2: 7420429
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso



Constanza del Pilar Puentes Trujillo

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Administrativo.

## CONSTITUCIÓN

Constitución: Que por Escritura Pública no. 0001088 de Notaría 32 De Bogotá D.C. del 16 de mayo de 2002, inscrita el 30 de mayo de 2002 bajo el número 00829224 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada CONTROLAR SALUD INTEGRAL LTDA.

Certifica:

Que por Acta no. 12 de Junta de Socios del 25 de enero de 2011, inscrita el 14 de febrero de 2011 bajo el número 01452893 del libro IX, la sociedad cambió su nombre de: CONTROLAR SALUD INTEGRAL LTDA por el de: CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS.

## REFORMAS ESPECIALES

Que por Acta No. 12 de la Junta de Socios, del 25 de enero de 2011, inscrita el 14 de febrero de 2011 bajo el número 01452893 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformó de Sociedad Limitada a Sociedad por Acciones Simplificada bajo el nombre de: CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS.

## TÉRMINO DE DURACIÓN

Duración: Que la sociedad no se halla disuelta, y su duración es indefinida.

## OBJETO SOCIAL

Objeto Social: La sociedad tendrá como objeto principal a. la prestación de servicios integrales de salud que incluyen servicios médicos especializados en el área de salud o ocupacional (medicina del trabajo, seguridad e higiene industrial), servicio de laboratorio clínico general y especializado, vacunación. B. Asesoría y monitoria en el desarrollo de actividades investigativas en el campo científico correspondiente. C. Seguimiento y control a programas de vigilancia epidemiológicas. D. Expedición de certificados de aptitud física, mental y de coordinación motriz y certificado de aptitud Psicofísica

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

para porte y/o tenencia de armas de fuego. E. La realización de actividades como centro de reconocimiento de conductores, para efectos de expedir certificados De aptitud física, mental y de coordinación motriz para conductores. Así mismo, en Desarrollo de su objeto social podrá realizar cualquier otra actividad económica (sic) licita tanto en Colombia como en el extranjero. la sociedad podrá llevar (sic) a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad.

## CAPITAL

Capital:

** Capital Autorizado **

| | |
|---|---|
| Valor | : $400,000,000.00 |
| No. de acciones | : 400.00 |
| Valor nominal | : $1,000,000.00 |

** Capital Suscrito **

| | |
|---|---|
| Valor | : $200,000,000.00 |
| No. de acciones | : 200.00 |
| Valor nominal | : $1,000,000.00 |

** Capital Pagado **

| | |
|---|---|
| Valor | : $200,000,000.00 |
| No. de acciones | : 200.00 |
| Valor nominal | : $1,000,000.00 |

## REPRESENTACIÓN LEGAL

Representación Legal: La representación legal de la sociedad por acciones simplificada estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista o no, quien no tendrá suplentes, designado para un término de un año por la asamblea general de accionistas.

## FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Facultades del Representante Legal: La sociedad será gerenciada, administrada y representada legalmente ante terceros por el representante legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre. Por lo tanto, se entenderá que el representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad sin límite de cuantía. El representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal. Le está prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

## NOMBRAMIENTOS

### REPRESENTANTES LEGALES

** Nombramientos **

Que por Acta no. 12 de Junta de Socios del 25 de enero de 2011, inscrita el 14 de febrero de 2011 bajo el número 01452893 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

| Nombre | Identificación |
|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL | |
| TELLEZ JIMENEZ CLAUDIA PATRICIA | C.C. 000000051974999 |

### REVISORES FISCALES

** Revisor Fiscal **

Que por Acta no. 25 de Asamblea de Accionistas del 30 de marzo de 2019, inscrita el 29 de agosto de 2019 bajo el número 02501029 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

| Nombre | Identificación |
|---|---|
| REVISOR FISCAL PRINCIPAL | |

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

JURADO LEAL JUAN CARLOS C.C. 000000008002227

Que por Acta no. 17 de Asamblea de Accionistas del 21 de marzo de 2013, inscrita el 26 de marzo de 2013 bajo el número 01717298 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

| Nombre | Identificación |
|---|---|
| REVISOR FISCAL SUPLENTE | |
| CAMELO FERNANDEZ SONIA ELIANA | C.C. 000000032002396 |

## REFORMAS DE ESTATUTOS

Reformas:

| Documento No. | Fecha | Origen | Fecha | No.Insc. |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 2011/01/25 | Junta de Socios | 2011/02/14 | 01452893 |
| 22 | 2017/11/23 | Asamblea de Accionist | 2017/12/07 | 02282589 |
| 24 | 2018/06/12 | Asamblea de Accionist | 2018/06/13 | 02348582 |
| 25 | 2019/03/30 | Asamblea de Accionist | 2019/08/29 | 02501030 |

## RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

## CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8621

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Actividad secundaria Código CIIU: 8691

## ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

| | |
|---|---|
| Nombre: | CONTROLAR SALUD |
| Matrícula No.: | 02106534 |
| Fecha de matrícula: | 8 de junio de 2011 |
| Último año renovado: | 2024 |
| Categoría: | Establecimiento de comercio |
| Dirección: | Cr 45 A No. 94-91 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |

| | |
|---|---|
| Nombre: | CONTROLAR SALUD INTEGRAL |
| Matrícula No.: | 02675715 |
| Fecha de matrícula: | 13 de abril de 2016 |
| Último año renovado: | 2024 |
| Categoría: | Establecimiento de comercio |
| Dirección: | Calle 32 Sur # 3 C - 08 Consultorio Controlar Salud Integral # 1 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |

| | |
|---|---|
| Nombre: | CONTROLAR SALUD INTEGRAL AMERICAS |
| Matrícula No.: | 03780590 |
| Fecha de matrícula: | 12 de febrero de 2024 |
| Último año renovado: | 2024 |
| Categoría: | Establecimiento de comercio |
| Dirección: | Avenida Calle 9 62 84 Local 1 49 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

## TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 2.832.918.792

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8621

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 29 de mayo de 2002. Fecha de envío de información a Planeación : 7 de abril de 2024. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

**********

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 4 de junio de 2024 Hora: 14:42:24**
Recibo No. AA24969374
Valor: $ 7,900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24969374EF738**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

**********

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

**********

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

7BE8FF0E94A5D4A7

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **NELSON AUGUSTO CHOCONTA GONZALEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79054408 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 141033-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 24 días del mes de Mayo de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

**141033-T**



**NELSON AUGUSTO**
**CHOCONTA GONZALEZ**
**C.C. 79054408**
**RESOLUCION INSCRIPCION 76** **FECHA 16/04/2009**
**UNIVERSIDAD FUND UNIV. LOS LIBERTADORES**

PRESIDENTE

**LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ** 151423

FIRMA DEL TITULAR 64662

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79054408

CHOCONTA GONZALEZ
APELLIDOS

NELSON AUGUSTO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1969
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

31-JUL-1987 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500100-42105634-M-0079054408-20020930 0641202273P 02 130567091

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

C50CF46C81629797

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JUAN CARLOS JURADO LEAL** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 8002227 de AGUA DE DIOS (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 149193-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 30 días del mes de Abril de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

**14919 3-T**



JUAN CARLOS
JURADO LEAL
C.C. 8002227
RESOLUCION INSCRIPCION 147 FECHA 06/05/2010
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

PRESIDENTE Leonardo Sanchez G.

LEONARDO SANCHEZ GARRIDO 159588

FIRMA DEL TITULAR 74050

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

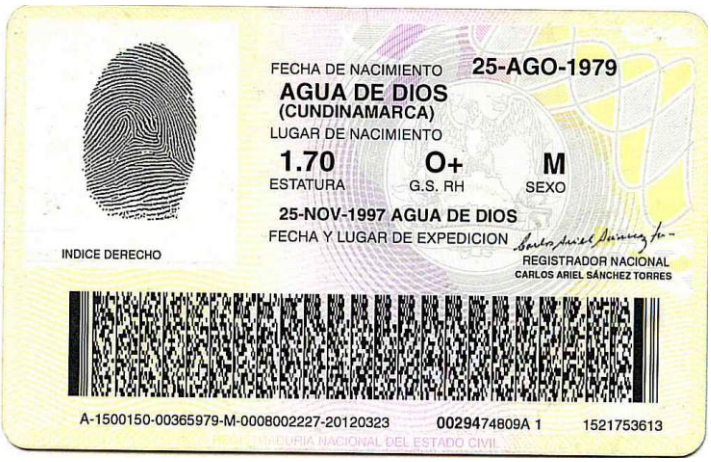


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.002.227

JURADO LEAL
APELLIDOS

JUAN CARLOS
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1979

AGUA DE DIOS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-NOV-1997 AGUA DE DIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00365979-M-0008002227-20120323 0029474809A 1 1521753613

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICACION

BOGOTÁ D.C., 05/06/2024

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS** con NIT **8301034798** posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA CORRIENTE**

Número 0560004469999603

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141007796877

(415)7707212489984(8020) 000014100779687 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 1 0 3 4 7 9 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| 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
CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 45 A 94 91

42. Correo electrónico contador@controlarsalud.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 7 4 2 0 4 2 8 | 7 4 2 0 4 2 9 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 2 0 5 3 0 | 8 6 9 1 | 2 0 0 2 0 5 3 0 | | | | | 3 |

## 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 | 8 | 9 | 1 | 4 | 1 | 6 | 4 | 2 | 5 | 2 | 5 | 5 | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 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 61. Fecha 2024 - 04 - 10 / 11 : 29: 19

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 TELLEZ JIMENEZ CLAUDIA PATRICIA

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: 141007796877

(415)7707212489984(8020) **000014100779687 7**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 1 0 3 4 7 9 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

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

## 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 1 6 0 1 0 1 | | - |
| 2 | 2 1 | 2 0 1 1 0 1 2 5 | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## 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: 141007796877

(415)7707212489984(8020) **000014100779687 7**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 1 0 3 4 7 9 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 1 0 1 2 5 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 5 1 9 7 4 9 9 9 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TELLEZ | JIMENEZ | CLAUDIA | PATRICIA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 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 |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 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 |
|---|---|---|
| | | |

**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: 141007796877

(415)7707212489984(8020) **000014100779687 7**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 1 0 3 4 7 9 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**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 | 8 0 0 2 2 2 7 | | 1 4 9 1 9 3 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| JURADO | LEAL | JUAN | CARLOS |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 9 0 3 3 0 |

**Revisor fiscal suplente**

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

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAMELO | FERNANDEZ | SONIA | ELIANA |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 3 0 3 2 1 |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 9 0 5 4 4 0 8 | | 1 4 1 0 3 3 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHOCONTA | GONZALEZ | NELSON | AUGUSTO |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 6 0 1 2 0 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007796877

(415)7707212489984(8020) **000014100779687 7**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 1 0 3 4 7 9 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Consultorio 1 1 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 | |

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD INTEGRAL

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

165. Dirección: CR 18 84 06

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 | |

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD

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

165. Dirección: CR 45 A 94 91

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Consultorio 1 1 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 | |

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD INTEGRAL

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

165. Dirección: CL 32 SUR 3 C 08

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007796877

(415)7707212489984(8020) **000014100779687 7**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 1 0 3 4 7 9 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sede 0 9 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD INTEGRAL AMERICAS

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

165. Dirección: AV CL 9 62 84 LC 1 49

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

**2**

| 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** |
| | |

**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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ

Fecha: 04.12.2023

| CONTRIBUYENTE | NIT 830103479 | CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS |
|---|---|---|

## INFORMACIÓN BÁSICA

Direcci KR 45A 94 91 Teléfo 5717420428

Ciudad BOGOTA, D.C. Departamento: BOGOTÁ Dirección electrónica: gerenciacomercial@conrolarsalud.com

Fecha de Inscripción: 09/11/2019 Soporte Inscripción: Naturaleza Jurídica: Persona Jurídica

## PERFIL TRIBUTARIO

Impuesto Predial Unificado

CHIP: AAA0057KXTD Matrícula Inmobiliaria: 050C00770091

Dirección Predio: KR 45A 94 91

Impuesto Vehículos Automotores

Placa: JNX595 Marca: RENAULT

Modelo: 2021 Línea: 032891

## AGENTES AUTORIZADOS

| Nombre Completo | Número ID | Tipo de Autorización | Impuesto | Inicio Validez | Fin Validez |
|---|---|---|---|---|---|
| JUAN CARLOS JURADO LEAL | 8002227 | Revisor Fiscal Principal | | 19/09/2019 | 31/12/9999 |
| CLAUDIA PATRICIA TELLEZ | 51974999 | Repres. Legal Principal | | 25/01/2011 | 31/12/9999 |

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia



Fuente: RIT-SHD

Versión 2.01

Libertad y Orden

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**PERSONA JURÍDICA**

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

**ENTIDAD RECEPTORA**

## I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS

SIGLA: C S I — NIT No. 830103479-8

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: [ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: 1 1 (VER AL RESPALDO)

| DOMICILIO CORRESPONDENCIA | PAÍS | DEPARTAMENTO |
|---|---|---|
| | COLOMBIA | CUNDINAMARCA |

| MUNICIPIO | DIRECCIÓN | |
|---|---|---|
| BOGOTA D.C | CRA 45 A 94 91 B/ LA CASTELLANA | |
| **TELEFONOS** | **FAX** | **APARTADO AEREO** |
| 7420428 - 3107934325 | N/A | N/A |

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | 2 | OPTOMETRIA |
| 3 | LABORATORIO CLINICO | 4 | AUDIOMETRIA |
| 5 | VACUNACION | 6 | IMAGENES DIAGNOSTICAS |

## III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :

| ENTIDAD CONTRATANTE | PUB | PRIV | TELÉFONO | FECHA TERMINACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE CALDAS | X | | celular 3125363370 | 17/04/2023 | C$ 32.678.178 |
| ORGANIZACIÓN TERPEL | | X | 3267878 EXT 1137 | 17/04/2023 | C$ 884.094.150 |
| DELIMA MARSH S.A. | | X | 426 9999 - (1) 410 9451 | 30/12/2022 | C$ 183.475.976 |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES |
|---|---|---|
| TELLEZ | JIMENEZ | CLAUDIA PATRICIA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO | ACTÚA EN CARÁCTER DE : | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN |
|---|---|---|---|
| C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | 51.974.999 | Representante Legal [X] Apoderado [ ] | $ ILIMITADA |

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES : _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA

Claudia Pelez S

CLAUDIA TELLEZ CC 51.974.999

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **24/06/2024**

## V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

CIUDAD Y FECHA

Bogotá, 18 de julio de 2024

**C E R T I F I C A C I O N  D E  C U M P L I M I E N T O**

La Supervisora **YENY VIVIANA GAMBOA MARTÍNEZ** certifica que el Contratista **CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S.**, identificado con No. de NIT 830.103.479 - 8, cumplió a entera satisfacción con el objeto, con las obligaciones pactadas y con las demás condiciones del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 20240582,** por lo tanto, es procedente el pago 4 de 10 del contrato por valor de $529.000,00, correspondiente al periodo de ejecución comprendido del 01 al 30 de junio de 2024 y se anexan los siguientes documentos:

- ✓ Formato de Informe parcial de supervisión técnica y financiera debidamente diligenciado y soportado,
- ✓ Certificado de pago de aportes parafiscales
- ✓ Informe del contratista

Para constancia firma:

YENY VIVIANA GAMBOA MARTINEZ
Firmado digitalmente por YENY VIVIANA GAMBOA MARTINEZ

**YENY VIVIANA GAMBOA MARTÍNEZ**
Coordinadora Grupo de Talento Humano

Proyectó y revisó: Gabriela Sofía Pérez Ortiz

| Controlar SALUD INTEGRAL S. A. S. | LISTADO DE PACIENTES | Código |
|---|---|---|
| | | APGH0305P -F04 |
| | | Versión |
| | | 1 |
| | | Fecha de Aprobación |
| | | |

NOMBRE DE LA EMPRESA **MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL**
NIT **899999028-5**
PERIODO FACTURADO
FECHA DE LISTADO

| No | FECHA | TIPO | TIPO ID | CEDULA | 1er APELLIDO | 2do APELLIDO | 1er NOMBRE | 2do NOMBRE | EMO | VISIO | PERFIL L | GLIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1/06/2024 | RETIRO | CC | 51847067 | CASADIEGO | COTE | ZULY | ESPERANZA | 1 | | | |
| 2 | 6/06/2024 | RETIRO | CC | 1110524410 | HERRERA | YEPES | JUAN | MANUEL | 1 | | | |
| 3 | 7/06/2024 | PREOCUPACIONAL | CC | 25454516 | ORTEGA | TRUJILLO | GEIDY | XIOMARA | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4 | 11/06/2024 | PERIODICO | CC | 19354188 | BECERRA | PINILLA | JAVIER | | 1 | | | |
| 2 | 11/06/2024 | PREOCUPACIONAL | CC | 1052395259 | SALAMANCA | MESA | DIANA | PAOLA | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 14/06/2024 | RETIRO | CC | 1032364047 | LOZANO | HINESTROZA | SALLY | DEL CARMEN | 1 | | | |
| 4 | 15/06/2024 | PREOCUPACIONAL | CC | 1057601380 | CARO | CELY | CARLOS | ANDRES | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 18/06/2024 | PREOCUPACIONAL | CC | 1030567041 | GALINDO | GONZALEZ | SANDRA | LORENA | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 18/06/2024 | PREOCUPACIONAL | CC | 1120563760 | TORO | ACOSTA | ANDREA | VIVIANA | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | | | | | | | | | **9** | **5** | **5** | **5** |

| CANT | EXAMENES | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|
| 9 | **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (INGRESO - PERIODICO - RETIRO)** | $ 28.000 | $ 252.000 |
| 5 | **VISIOMETRIA** | $ 17.400 | $ 87.000 |
| 5 | **PERFI LIPIDICO** | $ 28.000 | $ 140.000 |
| 5 | **GLICEMIA** | $ 10.000 | $ 50.000 |
| **TOTAL** | | **$** | **529.000** |

Observaciones #$17-01-01-000;20240582;yeny.gamboa@minagricultura.gov.co#$
siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Asunto Correo 17-01-01-000;20240582;yeny.gamboa@minagricultura.gov.co