	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	6
		Vigencia:	26-07-2024

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2024-005627-CP**

FECHA: 06-08-2024

El suscrito ***CR. DAIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO*** Ordenador del Gasto de ***COMANDO AEREO DE COMBATE NO 1*** nombrado mediante ***Resolución 4983 13-12-2023*** ; autoriza ***pago total PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR DEL CACOM-1*** y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo a lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aérea Colombiana"

CONCEPTO	DESCRIPCION
PROVEEDOR	CONTROLAR SALUD INTEGRAL
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	830.103.479-8
No DOC. SOPORTE	No.027-00-D-CACOM-1-DEDHU-2024
VALOR TOTAL	$30.074.301
VALOR A PAGAR	$29.856.000
VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$29.856.000
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-02-009-003-01 REC 10 $29.856.000
NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)	5003419592
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	4200339487
VIGENCIA	2024
PAC MES	AGOSTO O DENTRO DE LOS 45 DIAS SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO
BANCO	DAVIVIENDA
TITULAR	CONTROLAR SALUD INTEGRAL
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	Corriente
NUMERO CUENTA	0560004469999603
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique)	
TITULAR	
NIT/C.C	
BANCO	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	
NUMERO CUENTA	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	No. FOLIOS
BUZÓN HERMES	Formato Certificación para pago, vigente suite visión	4

FAC-S-2024-005627-CP

ORIGINAL/COPIA	Formato Recibo a satisfacción de bienes y/o servicios, vigente Suite Visión *Se debe detallar conforme el anexo técnico	**5**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Certificado de Disponibilidad CDP	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Formato Certificado Plan de Adquisiciones	**1**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Registro presupuestal CRP, Anexar la última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar	**SECOP II**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Contrato, principal, modificatorios y/o adiciones	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Resolución por multas y sanciones y/o cesión de derechos económicos	**N/A**
ELECTRÓNICA	Factura (Detalle de los bienes y/o servicios de acuerdo al anexo técnico), cuenta de cobro (cuando aplique).	**1**
COPIA	Entrada de bienes impresa y firmada y para la entrada de servicios se deberá relacionar en formato de certificación para pago el número de la entrada y el número del pedido del servicio recibido SAP, con el fin de que la sección de contabilidad pueda revisar el registro contable y realice la MIRO en SAP	**N/A**
MAGNÉTICO	Radicación cuentas por pagar de pagos parciales y/o amortización anticipos y/o legalización pagos anticipos	**1**
COPIA	Acta de Inicio (Para pago anticipado y anticipo contratos de obra civil)	**7**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Garantía Única de Cumplimiento - Póliza de garantía debidamente aprobada	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Certificación Parafiscales: El indicar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales y seguridad social, a la fecha de radicación, además debe ser suscrito por el Revisor Fiscal en Sociedades Anónimas o cuando el certificado acredite la existencia del Revisor Fiscal; por el Representante Legal cuando es un tipo de sociedad diferente a la anteriormente citada, siempre y cuando no esté obligado a tener revisoría fiscal. Aplica para contratistas con personal contratado por tercero. Si el contratista es persona natural sin personal a cargo, debe certificar (Planilla de pago) su afiliación y que se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social, detallando nombre completo y tipo y número de documento de	**66**

FAC-S-2024-005627-CP

	identidad.	
MAGNÉTICO	Balances de avance de obra o entra final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles)	**N/A**
MAGNÉTICO Y SECOP II	RUT (Del estudiante y de la Institución Educativa para los apoyos educativos, no superior a 30 días, a la que se le realizará el endoso)	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Formato imputación bienes y servicios por rubro presupuestal, vigente suite visión	**1**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Certificación cuenta bancaria proveedores de la cuenta donde se abonaran los pagos	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Los demás documento que se requieran y/o los que se hayan suscrito en el contrato	**10**
TOTAL DOCUMENTOS		**96**

En constancia de lo anterior firman:

Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
Segundo Comandante Y Jefe De Estado Mayor CACOM-1

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (TOTAL)	FECHA 10/07/2024
CONTRATO No.	No.027-00-D-CACOM-1-DEDHU-2024
FECHA SUSCRIPCIÓN	26 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios exámenes médicos ocupacionales personal civil y un personal militar del CACOM-1
FORMA DE PAGO	FECHA DE CORTE: 17 DE JUNIO DE 2024 / FECHA DE PAGO: PAC AGOSTO 2024 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios / VALOR: VALOR TOTAL DEL CONTRATO
CONTRATISTA	CONTROLAR SALUD INTEGRAL NIT. 830.103.479-8
INTERVENTOR	NO APLICA
SUPERVISOR	T4. PEREZ TORO INGRITH MARCELA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$30.074.301,00
PLAZO DE EJECUCION (DE ENTREGA)	17 de junio de 2024
FECHA DE INICIO	06/05/2024
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO No. 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	16 de mayo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	Se realiza aclaración del número del contrato electrónico, según anexo adjunto
FORMA DE PAGO	N/A
PLAZO DE ENTREGA	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$30.074.301,00

En Puerto Salgar, el día 10 del mes de JULIO de 2024, el señor T.C JHON ALEXANDER SANCHEZ ZULUAGA, en su calidad de Ordenador del Gasto, el señor T4. PEREZ TORO INGRITH MARCELA en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA** y la señora CLAUDIA TELLEZ JIMENEZ en su calidad de Representante Legal de la empresa CONTROLAR SALUD INTEGRAL NIT. 830.103.479-8 **Contratista**; efectúan el correspondiente recibo (TOTAL), de los bienes y/o servicios correspondientes al objeto contractual descrito en el citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a los bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la entrega se cumplió dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS RECIBIDAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A

DESCRIPCIÓN DE BIENES RECIBIDOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DE SERVICIOS RECIBIDOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	43	Servicios prestados por la empresa CONTROLAR SALUD SAS recibidos desde el 06 de mayo de 2024 hasta el 10 de julio de 2024.
EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES TRABAJO EN ALTURAS	38	
E.M.O ENFASIS PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	30	
JEVALUACION PSICOLOGIACA (MAS PSICOSENSOMETRICO)	21	
AUDIOMETRIA	52	
EXAMEN OPTOMETRICO	111	
ESPIROMETRIAS	91	
ELECTROCARDIOGRAMA	7	
ESPIROMETRIAS	91	
ELECTROCARDIOGRAMA	7	
KOH DE UÑAS DE LAS MANOS	31	
FROTIS FARINGEO	31	
COPROLOGICO	31	
GLICEMIA	48	
PERFIL LIPIDICO	48	
CUADRO HEMATICO	61	
PLOMO EN SANGRE	1	
PARCIAL DE ORINA	15	
DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (S) FACTURA (S) A CANCELAR (cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**

servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)		
N/A	N/A	N/A

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
SANDRA PATRICIA DIMATE VELASQUEZ	Auxiliar de enfermería	Resolución No.10190 de 06/09/2013
NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ	Fonoaudiólogo	Resolución No.8503 de 11/10/2001
ANA MARIA MARTINEZ PARDO	Médico Especialista en SST	20714757
ANGELA BARON SAAVEDRA	Médico Especialista en SST	Resolución No.7540 de 30/08/2019
WILLIAM EDUARDO BUITRAGO	Médico Especialista en SST	19468525
WILLINTON JURADO SAAVEDRA	Médico Especialista en SST	10188389
AGUSTIN MAURICIO MORA GONZALEZ	Médico Especialista en SST	Resolución No.4607 de 19/04/2016
SANDRA MILENA HERRERA GAMBA	Optómetra	14793
SANDRA MILENA CORTEZ RIAÑO	Bacteriólogo	10429
YUDY ANDREA LEON BETANCURT	Profesional en Terapia Respiratoria	Resolución No.90294 de 05/06/2003

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS BIENES

El pago de este recibo a satisfacción incrementa el valor y/o la vida útil del bien a intervenir.

- **Incrementa el valor del bien:**

SI: _____ NO: _x___Valor del incremento: $_____(Valor parcial o total correspondiente a este pago)

- **Una vez ejecutado el 100% del contrato, incrementa vida útil del bien:**

SI: NO: x_ Años a incrementar:

- **En caso de ser el pago final de un contrato de obra o mantenimiento mayor sobre un bien inmueble, indique si el bien se encuentra en condiciones de uso, una vez ejecutado el 100% del Contrato:**

SI____NO _____

*****Esta información debe guardar relación con la registrada en los estudios y documentos previos del proceso contractual.

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$30.074.301,00	
VALOR ADICIÓN	$0	
VALOR FINAL CONTRATO	$30.074.301,00	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$ 0	
UNICO PAGO PAC AGOSTO 2024 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	$ 29.856.000,00	Factura No. F03 C 39445
SALDO A FAVOR DEL CACOM-1	$ 218.301,00	El presente valor se solicita reducirlo del CDP No. 7424 y el CRP No. 59824, en virtud, que el presente contrato es modalidad bolsa de servicios y este valor no se ejecutó.

OBSERVACIONES

El contratista CONTROLAR SALUD INTEGRAL NIT. 830.103.479-8 presentó retraso con la entrega de la documentación correspondiente a la ejecución del proceso contractual: Conceptos médicos laborales periódicos y el informe de condiciones de salud.
El 26 de julio del 2024 la supervisora del contrato, recibió vía correo electrónico los documentos sin novedad para el tramite de pago.

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

CLAUDIA TELLEZ JIMENEZ **CONTRATISTA**	T4. PEREZ TORO INGRITH MARCELA **SUPERVISOR O INTERVENTOR**

TC. JHON ALEXANDER SANCHEZ ZULUAGA
ORDENADOR DEL GASTO (E)

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	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1		
NIT	800,141,624 - 2	**Teléfono**	8399646
Dirección	FUERZA AEREA COLOMBIANA BASE AEREA	**Vendedor**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
Ciudad	PUERTO BOYACA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	maria.quintero@fac.mil.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 39445

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-07-09	11:16:49
Expedición	2024-07-09	11:20:36
Vencimiento	2024-08-10	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		43.00	69,500.00	2,988,500.00
2	0010001999403	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES TRABAJO EN ALTURAS		38.00	73,500.00	2,793,000.00
3	0020001999406	E.M.O ENFASIS PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS		30.00	69,500.00	2,085,000.00
4	0010003890409	EVALUACION PSICOLOGIACA(MAS PSICOSENSOMETRICO)		21.00	88,000.00	1,848,000.00
5	0020002954104	AUDIOMETRIA		52.00	38,500.00	2,002,000.00
6	0010002890207	EXAMEN OPTOMETRICO		111.00	47,000.00	5,217,000.00
7	0020002893700	ESPIROMETRIAS		91.00	50,000.00	4,550,000.00
8	0020003895100	ELECTROCARDIOGRAMA		7.00	75,000.00	525,000.00
9	0020001901305	KOH DE UÑAS DE LAS MANOS		31.00	20,000.00	620,000.00
10	0020001000051	FROTIS FARINGEO		31.00	20,000.00	620,000.00
11	0020001907002	COPROLOGICO		31.00	23,000.00	713,000.00
12	0020001903841	GLICEMIA		48.00	25,000.00	1,200,000.00
13	0020001903817	PERFIL LIPIDICO		48.00	55,000.00	2,640,000.00
14	0020001902208	CUADRO HEMATICO		61.00	25,000.00	1,525,000.00
15	0020001000091	PLOMO EN SANGRE		1.00	132,000.00	132,000.00
16	0020001907107	PARCIAL DE ORINA		15.00	26,500.00	397,500.00

Total Items 16

Total Bruto	29,856,000.00
RF SER SALUD 4%	21,000.00
RF SER SALUD 2%	586,620.00
Total a Pagar	**$ 29.248.380,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Efectivo Cuota 1 F - 003- 39445 Vence el 2024-08-10 29.248.380,00

VALOR EN LETRAS

Veintinueve Millones Doscientos Cuarenta Y Ocho Mil Trescientos Ochenta Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

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 :33dea7c31176361d629cef80bcf2c6161b773626d2829c387a8b99a91c300aa204f4c59e148a2cb3f11b935c92a6a1ef

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

Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHmjaime	Melissa Andrea Jaime Avendano
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-003	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema:	31/07/2024 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR

Número:	164324	**Fecha Registro:**	2024-07-31	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1		
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	**Nro. Compromiso:**	59824	**Nro. Cdp:**	7424
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	29.856.000,00	**Valor Iva:**	0,00	**Valor Total:**	29.856.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00

TERCERO

Identificación:	830103479	**Razón Social:**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS

Número:	F03 C39445	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2024-07-31

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS

CODIGO	DESCRIPCION
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA

Objeto.:	PAGO SERVICIOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES CTO 027-00-D-CACOM-1-DEDHU-2024

JAIME AVENDAÑO MELISSA ANDREA

Firmado digitalmente por JAIME AVENDAÑO MELISSA ANDREA
Fecha: 2024.07.31 08:16:40 -05'00'

AS14. MELISSA ANDREA JAIME AVENDAÑO
ASISTENTE GESTIÓN CONTABLE

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-185
	FORMATO CERTIFICADO DE PLAN DE ADQUISICIONES NUEVO CATALOGO PRESUPUESTAL	Versión:	13
		Vigencia:	4/01/2024

Ordenador del gasto	CACOM 1
Código objeto contractual	CACOM 100064

EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR CACOM 1

Fecha: 26-ene-24

Código Recurso	Código desagregado	Uso presupuestal	Descripción Uso presupuestal	Descripción	Código UNSPSC	Modalidad contratación	Unidad medida	Cantidad	Valor unitario	Suma de Valor total línea
R-10	02-02-02-009-003	02-02-02-009-003-01	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR CACOM 1	85121502	Minima cuantia	Global	(en bla	(en blanco)	30.074.301,00
R-10	**Total 02-02-02-009-003**									**30.074.301,00**

Total general **30.074.301,00**

Elaboró

PD4. OSORIO BELTRAN LUZ DARY
Profesional Presupuestal

Vo.Bo.

ST. CONTRERAS DIAZ DEL CASTILLO JULIAN GERMAN
Jefe Departamento de Planeación CACOM-1 (E)

Aprobó

CR. ZAQUE ALFONSO DANIEL RICARDO
Ordenador del Gasto CACOM-1

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmmahecha	Monica Adriana Mahecha Beltran
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-003	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema:	2024-03-26-12:24 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 7424 de fecha 2024-01-29. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	59824	**Fecha Registro:**	2024-03-26	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	30.074.301,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	30.074.301,00	**Saldo x Obligar:**	30.074.301,00

TERCERO ORIGINAL

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

CUENTA BANCARIA

Número:	056000446999	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	94528234	**Nombre:**	DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO	**Cargo:**	SEGUNDO COMANDANTE Y JEFE DE ESTADO MAYOR DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 1

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	027-00-D-CACOM-1-DEDHU-2024	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2024-03-26

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	10	CSF		30.074.301,00	0,00		
					Total:	30.074.301,00	0,00	30.074.301,00	30.074.301,00

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR DEL CACOM-1

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
003	COMANDO AEREO DE COMBATE	1-2	ANC - GASTOS GENERALES	2024-08-22	30.074.301,00	30.074.301,00	NINGUNO

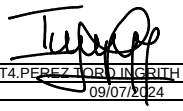
CT.RUTH OMAIRA MORENO NOVA
JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO
C.C.1014185858

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA		Código	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL		Versión No:	2
			Vigencia	07/09/2023

Jefatura o Unidad:	**CACOM-1**
Nombre del Supervisor de Contrato	**T4. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**
Ordenador del Gasto	**TC. JHON ALEXANDER SANCHEZ ZULUAGA**
No. Contrato	**027-00-D-CACOM-1-DEDHU-2024**
Objeto del contrato	**Prestación de servicios exámenes médicos ocupacionales personal civil y un personal militar del CACOM-1**
Valor del contrato	**$ 30.074.301,00**
Adición	**$ 0,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 30.074.301,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN										USO PRESUPUESTAL INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR APROPIACION POR RUBRO
CTA	SUB CTA	OBJ	ORD	SUB ORD	ITEM	SUB ITEM 1	SUB ITEM	SUB ORD	RECURSO				
02	02	02	009	003	01				10		SERVICIOS DE SALUD HUMANA	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR CACOM 1	$ 30.074.301,00
TOTAL VIGENCIA 2024													**$ 30.074.301,00**
											Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ 0,00**

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN PAGO	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL PARA PAGO	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	SALDOS
1	AGOSTO	N/A	UNICO PAGO PAC AGOSTO 2024 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	02-02-02-009-003-01-10		EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR CACOM 1	$ 29.856.000,00	$ 29.856.000,00	$ 218.301,00
TOTALES							**$ 29.856.000,00**	**$ 29.856.000,00**	**$ 218.301,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	T4.PEREZ TORO INGRITH MARCELA
FECHA	09/07/2024

Santafé de Bogotá, Julio 24 de 2024 (vigencia 90 días)

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Señores
FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No.1

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, 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, 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 24 días del mes de julio de 2024

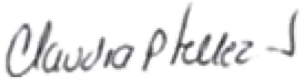
El proponente

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	2 - SANDRA DIMATE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7934896240**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		1					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				788324040

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 208.000	$ 200	$ 208.200
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 200**	**$ 208.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 52.000	$ 100	$ 0	$ 52.100
SUBTOTALES:													**$ 52.000**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 52.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 31.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 52.000	$ 100	$ 52.100
SUBTOTALES:			**$ 52.000**	**$ 100**	**$ 52.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																													PENSIÓN							SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1024556953	DIMATE VELASQUEZ SANDRA PATRICIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	000000001	$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 344.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30385010
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 N 17-56	TELÉFONO:	8391019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4557395249**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/06/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999085913

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
MIN001	MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 81.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 81.300	$ 0	$ 0	$ 81.300
SUBTOTALES:													**$ 81.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 81.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.400	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 3.400
SUBTOTALES:									**$ 3.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
																											PENSIÓN									SALUD						ARP																
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 30385010	NOVOA RAMIREZ NUVIA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.300.000				NO	01	15																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN001-ADRES	15	$ 650.000	$ 81.300	$ 0	$ 81.300	14-11 - ARL SURA	15	$ 650.000	30385010	$ 3.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 84.700**

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294875-7	ALIADOS GESTION HUMANA SAS	CRA 61 BIS 99-88	3099566	tesoreria@vicagroup.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL / 05	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	24/07/2024	78901089	$943.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	142.000	0		0		0	7	800	0	142.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	567.900	0	0	0	0	7	3.000	0	570.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	86.500				86.500	7	500	87.000			865	87.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	142.000	7	800	142.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	142.000	142.800
Pensión	1	567.900	570.900
Riesgos Laborales	1	86.500	87.000
CCF	1	142.000	142.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	938.400	943.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294875-7	ALIADOS GESTION HUMANA SAS		CRA 61 BIS 99-88	3099566	tesoreria@vicagroup.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL	05	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	24/07/2024	78901089	$943.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	20714757	MARTINEZ PARDO ANA MARIA	1	0			S																	25-14	3.549.275	567.900	0	0	0	0	EPS008	3.549.275	142.000	14-4	3.549.275	3	86.500	CCF24	3.549.275	142.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 300149 correspondiente a la empresa Aliados Gestion Humana Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ANA MARIA MARTINEZ PARDO	C.C.	20,714,757	01/12/2019

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 23 de julio de 2024 a las 12:27:32 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294875-7	ALIADOS GESTION HUMANA SAS	CRA 61 BIS 99-88	3099566	tesoreria@vicagroup.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL 05	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	09/07/2024	78599969	$708.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	105.600	0		0		0	19	1.600	0	107.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	422.300	0	0	0	0	19	6.200	0	428.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	64.300				64.300	19	1.000	65.300			643	65.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	105.600	19	1.600	107.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	105.600	107.200
Pensión	1	422.300	428.500
Riesgos Laborales	1	64.300	65.300
CCF	1	105.600	107.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	697.800	708.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294875-7	ALIADOS GESTION HUMANA SAS		CRA 61 BIS 99-88	3099566	tesoreria@vicagroup.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL	05	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	09/07/2024	78599969	$708.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51895392	BARON SAAVEDRA ANGELA	1	0			S																	230301	2.638.784	422.300	0	0	0	0	EPS008	2.638.784	105.600	14-4	2.638.784	3	64.300	CCF24	2.638.784	105.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 300149 correspondiente a la empresa Aliados Gestion Humana Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ANGELA BARON SAAVEDRA	C.C.	51,895,392	01/12/2019

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 23 de julio de 2024 a las 12:28:34 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901549556-9	IMPAKTA GESTION HUMANA VC SAS	CR 61 BIS No 99 88	3099566	diradministrativa@vicagroup.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL 09	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	19/07/2024	78791365	$362.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	135.600	0		0		0	32	3.400	0	139.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	82.600				82.600	32	2.100	84.700			826	84.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	135.600	32	3.400	139.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	32	0	0	0
ICBF				
0	32	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	135.600	139.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	82.600	84.700
CCF	1	135.600	139.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	353.800	362.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901549556-9	IMPAKTA GESTION HUMANA VC SAS		CR 61 BIS No 99 88	3099566	diradministrativa@vicagroup.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL	09	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	19/07/2024	78791365	$362.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	19468525	BUITRAGO REDONDO WILLIAM EDUARDO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	3.389.565	135.600	14-4	3.389.565	3	82.600	CCF24	3.389.565	135.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9009205 correspondiente a la empresa Impakta Gestion Humana Vg Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
WILLIAN EDUARDO BUITRAGO REDONDO	C.C.	19,468,525	22/09/2023

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 23 de julio de 2024 a las 12:29:44 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10188389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLINTON JURADO SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 3A # 43-49	TELÉFONO:	3103675
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7928730691**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		744509322

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901037916	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 310.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 310.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 60.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 60.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 371.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 371.200**

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294875-7	ALIADOS GESTION HUMANA SAS	CRA 61 BIS 99-88	3099566	tesoreria@vicagroup.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL / 05	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	24/07/2024	78790953	$959.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	142.000	0		0		0	29	3.200	0	145.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	567.900	0	0	0	0	29	12.600	0	580.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	86.500				86.500	29	2.000	88.500			865	88.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	142.000	29	3.200	145.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	29	0	0	0
ICBF				
0	29	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	142.000	145.200
Pensión	1	567.900	580.500
Riesgos Laborales	1	86.500	88.500
CCF	1	142.000	145.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	938.400	959.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901294875-7	ALIADOS GESTION HUMANA SAS		CRA 61 BIS 99-88	3099566	tesoreria@vicagroup.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	CONTROLAR SAL	05	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	24/07/2024	78790953	$959.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	16757643	MORA GONZALEZ AGUSTIN MAURICIO	1	0			S																	25-14	3.549.276	567.900	0	0	0	0	EPS010	3.549.276	142.000	14-4	3.549.276	3	86.500	CCF24	3.549.276	142.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 300149 correspondiente a la empresa Aliados Gestion Humana Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
AGUSTIN MAURICIO MORA GONZALEZ	C.C.	16,757,643	01/03/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 24 de julio de 2024 a las 02:12:03 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30343174
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NORMA LIDIA BARRERA PARAMO
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 12 N 3-28	TELÉFONO:	8577551
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	005 - OTROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7930593391**		TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	758081362

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 750.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 750.600	$ 0	$ 750.600
SUBTOTALES:										**$ 958.600**	**$ 0**	**$ 958.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 187.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.800	$ 0	$ 0	$ 187.800
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
SUBTOTALES:													**$ 239.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 239.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.400	$ 31.400	$ 0	$ 0	$ 31.400
SUBTOTALES:									**$ 31.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF11	CCF11-CCF DE CALDAS	3	$ 239.800	$ 0	$ 239.800
SUBTOTALES:			**$ 239.800**	**$ 0**	**$ 239.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											ADMIN	TOTAL APORTE				
1	CC 24651696	GARCIA TIQUE DIANA CAROLIN	DEPEND		$ 1.650.009	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.650.009	$ 264.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264.100	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.650.009	$ 66.100	$ 0	$ 66.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.650.009		$ 8.700	30	$ 1.650.009	CCF11-CCF DE CALDAS	$ 66.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 24717437	PINZON RAMIREZ JEIMY MARCELA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000		$ 6.800	30	$ 1.300.000	CCF11-CCF DE CALDAS	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 37548761	HERRERA GAMBA SANDRA MILENA	DEPEND		$ 3.040.625	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.040.625	$ 486.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 486.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 3.040.625	$ 121.700	$ 0	$ 121.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.040.625		$ 15.900	30	$ 3.040.625	CCF11-CCF DE CALDAS	$ 121.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 1.469.600**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24651296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA CORTES RIANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 11 14-44 SAN ANTONIO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4557454717**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999100338

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 220.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.500	$ 0	$ 220.500
SUBTOTALES:										**$ 220.500**	**$ 0**	**$ 220.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 172.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 172.300	$ 0	$ 0	$ 172.300
SUBTOTALES:													**$ 172.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 172.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 33.600	$ 33.600	$ 0	$ 0	$ 33.600
SUBTOTALES:									**$ 33.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 33.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF11	CCF11-CCF DE CALDAS	1	$ 8.300	$ 0	$ 8.300
SUBTOTALES:			**$ 8.300**	**$ 0**	**$ 8.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 24651296	CORTES RIANOS SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.377.640				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.377.640	$ 220.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220.500

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.377.640	$ 172.300	$ 0	$ 172.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.377.640	24651296	$ 33.600

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.377.640	CCF11-CCF DE CALDAS	$ 8.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 434.700**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24714042
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YUDY ANDREA LEON BETANCURT LEON BETANCURT
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 11A # 12 A 49 B/ LAS PALMAS	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4551801571**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999023043	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 24714042	LEON BETANCURT YUDY ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	24714042	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 402.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30343174
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NORMA LIDIA .BARRERA PARAMO.
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CL 12 # 3 28	TELÉFONO:	8577551
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7927090801**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		703900421

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 624.000
SUBTOTAL:			1	**$ 624.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 487.500
SUBTOTAL:			1	**$ 487.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.111.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.111.500**

Planilla Pagada

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

C50CF46C816239797

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

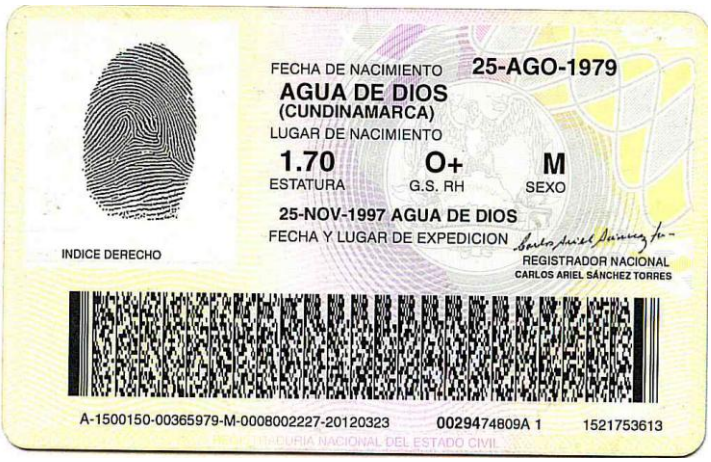


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

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

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.

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14922762932

(415)7707212489984(8020) 000001492276293 2

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					2

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 2023 - 06 - 27 / 16 : 14: 08

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: 14922762932

(415)7707212489984(8020) **000001492276293 2**

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: 14922762932

(415)7707212489984(8020) **000001492276293 2**

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: 14922762932

(415)7707212489984(8020) **000001492276293 2**

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: 14922762932

(415)7707212489984(8020) **000001492276293 2**

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTÁ D.C., 28/02/2024

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

Obligación Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHdgonzale Dora Emilia Gonzalez Rojas
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema: 9/08/2024 12:00:00 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	162024	**Fecha Registro:**	2024-08-09	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**	No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	59824
Valor Inicial:	29.856.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00	**Valor Actual:**	29.856.000,00	**Saldo x Ordenar:**	29.856.000,00		
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00	**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00		
Valor Deducciones:	835.968,00	**Valor Neto:**	29.020.032,00	**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	7424		
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00	**Atributo Contable:**	40-BIENES, SERVICIOS, IMPUESTOS Y	**Comprobante Contable:**			
TERCERO									
Identificacion:	830103479	**Razon Social:**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS					**Medio de Pago:**	Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA									
Numero:	05600044699996003	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.			**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**					
Numero:	164324	**Tipo:**	Adquisición de Servicios a Personas Declarantes	**Identificacion:**				**Fecha de Registro:**	
DOCUMENTO SOPORTE									
Numero:	FACTURA No. C39445	**Tipo:**	FACTURA			**Fecha:**	2024-08-09		

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS	Nación	10	CSF	40-BIENES, SERVICIOS,					
						Total:	29.856.000,00	0,00	29.856.000,00	29.856.000,00

Objeto:	PAGO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR DEL CACOM-1. CTO 027-FACTURA No. C39445

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	1-2 ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2024-08-13	Generada	29.856.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-04-01-04-04 RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	29.856.000,00	2,000 %	597.120,00	597.120,00
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 899999413	MUNICIPIO DE PUERTO SALGAR	29.856.000,00	0,800 %	238.848,00	238.848,00

CR. DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
SEGUNDO COMANDANTE CACOM-1

TE. MARIA PAULA QUINTERO DIAZ
CONTADORA