M20240926AF003101 – MDN-DVGSEDB-DIVRI

PARA: **LEYLA VALLEJO ROMERO - ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

DE: **LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA**

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

FECHA: 26 Septiembre 2024

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

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

Anexos:

- Informe de actividades del mes de junio y agosto de 2024
- Certificación expedida por el contratista, sobre aportes a seguridad social, del contrato suscrito con la DIVRI
- Certificación aportes parafiscales personas jurídicas (certificación emitida por revisor fiscal o representante Legal).
- Factura No. F03 C 39879 con el radicado de la entidad (DIVRI)
- Formato Recibido a Satisfacción
- Entradas de almacén No 5003459652-2024
- Pantallazo de Secop II donde se evidencie la factura

Cordialmente,

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

Revisó:
Elaboró: LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA
Anexos: Certificación De Aportes Al Sistema De Seguridad Social Integral Y Parafiscales.Pdf, Copia De Direccion De Veteranos Agosto.Xlsx, Entrada Controlar Salud Integral Sas.Pdf, Factura Radicada Sept.Pdf, Formato Recibido A Satisfacción V3 Controlar Salud.Pdf, Mes 07 Julio 2024 C-Bante Pago Seguridad Social.Pdf, Mes 06 Junio 2024 C-Bante Pago Seguridad Social.Pdf, Informe De Ejecución De La Supervisión Y Cumplido A Satisfacción V4 Controlar Salud.Pdf, Revisor Fiscal - Tarjeta Profesional Juan C Jurado.Pdf

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

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

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

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 39879

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-09-12	14:35:07
Expedición	2024-09-12	14:39:22
Vencimiento	2024-10-12	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	EXAMEN MEDICO POST INCAPACIDAD		5.00	35,000.00	175,000.00

Total Items 1

Total Bruto	175,000.00
Total a Pagar	**$ 175.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Efectivo Cuota 1 F - 003- 39879 Vence el 2024-10-12 175.000,00

VALOR EN LETRAS

Ciento Setenta Y Cinco Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

15-01-13;029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI;lissette.cruz@divri.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**. 18764078936652 **aprobado en** 2024-09-05 **hasta el** 2025-08-31, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** C **desde el número** 39857 **al** 50000

CUFE :0eb166be3615590d1f0dc2ea3b527245ad6862f6d20e271502e70471c9ac9a72bf534dfc190e34807fa73162038b2ea3

ORIGINAL

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

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

1	NOMBRE O RAZON SOCIAL PROVEEDOR	**CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS**
2	NIT O CEDULA PROVEEDOR	830.103.479-8
3	REGIMEN TRIBUTARIO QUE PERTENECE	☐ **RESPONSABLE DE IVA** ☒ **NO RESPONSABLE DE IVA** ☐ **REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN**
4	N° CONTRATO	029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI
5	NOMBRE Y No. CEDULA SUPERVISOR:	Lissette Andrea Cruz Orjuela - 52430400
6	OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales para los servidores de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional
7	CONCEPTO DE LA ENTRADA	BIENES ☐ SERVICIOS ☒
8	ENTREGA PARCIAL O COMPLETA	Parcial
9	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	Prestación de servicios para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales para los servidores de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional, del mes de junio y agosto de 2024.
	CANTIDAD	N/A
	UNIDAD DE MEDIDA:	UNIDADES ☒ HORAS ☐
	No. DE PARTE (BIENES DE CONSUMO):	N/A
	SERIALES: N/A	
10	VALOR DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS	$ 175000
11	CUADRO DISTRIBUCIÓN	ANEXO: ☐ SI ☒ NO
12	VALOR TOTAL EN LETRAS	Ciento Setenta Y Cinco Mil Pesos M/Cte

13

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

Recibí a satisfacción según el contrato 029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI el cual tiene por objeto contratar prestación del servicio para llevar a cabo los exámenes médicos ocupacionales para los funcionarios de la DIVRI del Ministerio de Defensa Nacional; durante el mes de junio y agosto de 2024 que presta los servicios requeridos de acuerdo con las obligaciones del contratista especificadas en la aceptación de oferta y la factura No. F03 C 39879.

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

No	FECHA	TIPO	TIPO ID	CEDULA	PAQ 3
1	04/06/2024	POST INCAPACIDAD	CC	20932817	1
3	09/08/2024	POST INCAPACIDAD	CC	43985940	1
4	15/08/2024	RECOMENDACIONES LABORALES	CC	1032384051	1
5	15/08/2024		CC	1015462706	1
6	23/08/2024		CC	55130219	1
TOTAL					**5**

14

CLASIFICACION DE LOS BIENES O SERVICIOS ADQUIRIDOS:

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

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

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

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

ETAPA	**VALOR**
En proceso ☐	
Finalizado ☐	

3. **Descripción De Bienes Tangibles**

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

15

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

24-9-24

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	ENTRADA DE BIENES POR CONCEPTO DE: ENTRADA DE SERVICIOS	Doc. Material 5003459652-2024 MOVIMIENTO: ML81N

UNIDAD	NIT	CODIGO	ALMACEN	FECHA	CIUDAD
Dir centro rehabilitac inclusi	900894833-9	DCRI		23.09.2024	Bogota

PROVEEDOR	NIT	CODIGO	No. PEDIDO	DESTINO
CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	0830103479		4500496645	

TRAZABILIDAD: PAGO NO.04 / FACTURA No C39879 / GASTOS GENERALES SERVICIOS

MATNR	LOTE/UBIC	EQUIPO	No.PARTE	DESCRIPCION	IMPUTACN./SERIE	CANT	UD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
				EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PO		5,00	UN	35.000,00	175.000,00



RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO

TOTALES **175.000,00**

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

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

1	**NOMBRE O RAZON SOCIAL**	**CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS**
2	**IDENTIFICACIÓN**	830.103.479-8
3	**CONTRATO N°**	029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI
4	**NÚMERO DE PAGO**	4
5	**REGIMEN TRIBUTARIO AL QUE PERTENECE**	☐ **RESPONSABLE DE IVA** ☒ **NO RESPONSABLE DE IVA** ☐ **REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN**
6	**CRP:** Número de registro presupuestal del Contrato 10024	☒ **VIGENCIA ACTUAL** ☐ **RESERVA** ☐ **VIGENCIA EXPIRADA**
7	**EJECUCIÓN A PARTIR DE:**	01/03/2024
8	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	30/12/2024
9	**OBJETO**	Prestación de servicios para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales para los servidores de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional
10	**VALOR TOTAL**	**Valor Inicial del Contrato ($)** $ 6.459.631 **+ Valor Adiciones** $0 **- Valor Reducciones** $0 **Valor Total del Contrato ($)** $ 6.459.631 Valor total del contrato incluyendo adiciones y reducciones y/o liberaciones de saldos
11	**MODIFICACIONES DEL CONTRATO**	☐ **ADICIÓN** ☐ **OTROS** ☐ **REDUCCIÓN** ☐ **PRÓRROGA** ☐ **CESIÓN**
12	**FORMA DE PAGO:** la Entidad realizará el pago de la siguiente manera: El valor del contrato se pagará, por intermedio del Grupo administrativo y financiero-tesorería de la entidad, de esa Dirección del Ministerio al CONTRATISTA, una vez se encuentre aprobado el P.A.C., (Programa Anual Mensualizado de Caja) por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de acuerdo con los servicios efectivamente prestados correspondientes a los valores ofertados en el SECOP II por el contratista, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la radicación en el área financiera de los documentos requeridos para pago.	
13	**VALOR DE PAGO SOLICITADO**	$ 175.000
14	**PERIODO**	Junio y agosto de 2024
15	**CAMBIO DE CUENTA BANCARIA**	☐ Si ☒ No En caso de que el contratista haya solicitado cambio de cuenta bancaria
16	**N° Y TIPO DE CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA**	CUENTA CORRIENTE No. 0560004469999603

17	**ENTIDAD FINANCIERA**	DAVIVIENDA
18	**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL OBJETO Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	Servicios entregados / Total contrato ($629.000 / $ 6.459.631) = 9.7%
19	**PORCENTAJE ACUMULADO DE PAGOS SOLICITADOS**	($629.000/ $ 6.459.631) = 9.7%

20

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

Recibí a satisfacción según el contrato 029-2024 MDN-VVGSED-DIVRI el cual tiene por objeto contratar prestación del servicio para llevar a cabo los exámenes médicos ocupacionales para los funcionarios de la DIVRI del Ministerio de Defensa Nacional; durante el mes de junio y agosto de 2024 que presta los servicios requeridos de acuerdo con las obligaciones del contratista especificadas en la aceptación de oferta y la factura No. F03 C 39879.

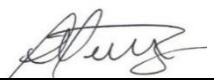
EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES: Para la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional se realizaron las siguientes evaluaciones médicas ocupacionales para el periodo en referencia:

No	FECHA	TIPO	TIPO ID	CEDULA	PAQ 3
1	04/06/2024	POST INCAPACIDAD	CC	20932817	1
3	09/08/2024	POST INCAPACIDAD	CC	43985940	1
4	15/08/2024	RECOMENDACIONES LABORALES	CC	1032384051	1
5	15/08/2024		CC	1015462706	1
6	23/08/2024		CC	55130219	1
TOTAL					**5**

21

7. Anexos

1. Informe de actividades del mes de junio y agosto de 2024
2. Certificación expedida por el contratista, sobre aportes a seguridad social, del contrato suscrito con la DIVRI
3. Certificación aportes parafiscales personas jurídicas (certificación emitida por revisor fiscal o representante Legal).
4. Factura No. F03 C 39879 con el radicado de la entidad (DIVRI)
5. Formato Recibido a Satisfacción
6. Entradas de almacén No 5003459652-2024
7. Pantallazo de Secop II donde se evidencie la factura

22	**FIRMA DEL SUPERVISOR**	
	NOMBRE DEL SUPERVISOR	LISSETTE ANDREA CRUZ ORJUELA
	CARGO DEL SUPERVISOR	Profesional de Defensa 14- Talento Humano
23	**FECHA DE EXPEDICION**	26/09/2024

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7934296049**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			21					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				771902701

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	2	$ 464.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 0	$ 464.000	$ 7.500	$ 471.500
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 494.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.000	$ 0	$ 494.900	$ 8.000	$ 502.900
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.344.000	$ 0	$ 0	$ 42.000	$ 42.000	$ 21.700	$ 1.400	$ 1.428.000	$ 23.100	$ 1.451.100
SUBTOTALES:										**$ 2.386.900**	**$ 38.600**	**$ 2.425.500**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 104.000	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 104.000	$ 1.700	$ 0	$ 105.700
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 388.000	$ 0	$ 6.300	$ 0	$ 388.000	$ 6.300	$ 0	$ 394.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 142.600	$ 0	$ 2.300	$ 0	$ 142.600	$ 2.300	$ 0	$ 144.900
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 116.500	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 116.500	$ 1.900	$ 0	$ 118.400
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72.000	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 72.000	$ 1.200	$ 0	$ 73.200
SUBTOTALES:													**$ 823.100**	**$ 13.400**	**$ 0**	**$ 836.500**

Planilla Pagada

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	9		$ 0	$ 0		$ 0	$ 375.200	$ 375.200	$ 6.100	$ 0	$ 381.300
SUBTOTALES:									**$ 375.200**	**$ 6.100**	**$ 0**	**$ 381.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	9	$ 823.100	$ 13.300	$ 836.400
SUBTOTALES:			**$ 823.100**	**$ 13.300**	**$ 836.400**

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 1024556953	DIMATE VELASQUEZ SANDRA PATRICIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	
2	CC 17030017	TELLEZ OBREGON FABIO ERNESTO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.300.000	FIJO			SI																	
3	CC 19448622	JIMENEZ MORANTES GILBERTO ALFREDO	DEPEND	PENS VEJ ACT	$ 1.781.331	FIJO			SI																	
4	CC 38245861	GAMBOA SANTOS MARIA VICTORIA	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.800.000	FIJO			SI																	
5	CC 41578282	JIMENEZ DE TELLEZ MARIA GLADYS	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.300.000	FIJO			SI																	
6	CC 51974999	TELLEZ JIMENEZ CLAUDIA PATRICIA	DEPEND		$ 1.781.331	FIJO			SI																	
7	CC 52025306	SIERRA AMAYA MARTHA LUCIA	DEPEND		$ 1.310.867	FIJO			SI																	
8	CC 79314800	TEJADA GALEANO OSCAR	DEPEND		$ 8.400.000	FIJO			SI																	
9	CC 79872802	SANCHEZ GARZON GIOVANNY	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			SI																	

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	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
2			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
3			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
4			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
5			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
6	231001-COLFONDOS	30	$ 1.781.331	$ 285.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.100
7	231001-COLFONDOS	30	$ 1.310.867	$ 209.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 209.800
8	25-14 COLPENSIONES	30	$ 8.400.000	$ 1.344.000	$ 42.000	$ 42.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.428.000
9	230301-PORVENIR	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000

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	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	000000001	$ 31.700
2	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	000000001	$ 13.600
3	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.781.331	$ 71.300	$ 0	$ 71.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.781.331	000000001	$ 18.600
4	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 72.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.800.000	000000001	$ 43.900
5	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	000000001	$ 13.600
6	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.781.331	$ 71.300	$ 0	$ 71.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.781.331	000000001	$ 18.600
7	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.310.867	$ 52.500	$ 0	$ 52.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.310.867	000000001	$ 13.700
8	EPS017-FAMISANAR	30	$ 8.400.000	$ 336.000	$ 0	$ 336.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 8.400.000	000000001	$ 204.700
9	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.600.000	000000001	$ 16.800

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.781.331	CCF24-COMPENSAR	$ 71.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 1.800.000	CCF24-COMPENSAR	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	30	$ 1.781.331	CCF24-COMPENSAR	$ 71.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	30	$ 1.310.867	CCF24-COMPENSAR	$ 52.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	30	$ 8.400.000	CCF24-COMPENSAR	$ 336.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	30	$ 1.600.000	CCF24-COMPENSAR	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 4.479.700**

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
					19	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	10/07/2024	74121755	$8.692.700	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	63.100	0		0		0	4	300	0	63.400	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	183.200	0		0		0	4	700	0	183.900	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	302.300	0		0		0	4	1.100	0	303.400	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	554.400	0		0		0	4	2.000	0	556.400	8
EPS010	EPS Sura	800088702-2	135.300	0		0		0	4	500	0	135.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	92.900	0		0		0	4	400	0	93.300	2

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	940.300	0	0	0	0	4	3.400	0	943.700	5
230301	Porvenir	800224808-8	1.778.200	0	0	0	0	4	6.500	0	1.784.700	6
231001	Colfondos	800227940-6	371.200	0	0	0	0	4	1.400	0	372.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.231.500	0	0	0	0	4	8.100	0	2.239.600	6

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	677.400				677.400	4	2.500	679.900			6.774	679.900	19

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.331.200	4	4.800	1.336.000	19

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
					19	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	10/07/2024	74121755	$8.692.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	6	1.331.200	1.336.200
Pensión	4	5.321.200	5.340.600
Riesgos Laborales	1	677.400	679.900
CCF	1	1.331.200	1.336.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	8.661.000	8.692.700

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	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**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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
					19	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	10/07/2024	74121755	$8.692.700	

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	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	1018426647	REYES CASAS ANDREA IBETH	1	0			S																	230301	2.062.759	330.100	0	0	0	0	EPS002	2.062.759	82.600	14-4	2.062.759	3	50.300	CCF24	2.062.759	82.600	0	0	0	0	0
2	CC	16757643	MORA GONZALEZ AGUSTIN MAURICIO	1	0			S																	25-14	3.380.263	540.900	0	0	0	0	EPS010	3.380.263	135.300	14-4	3.380.263	3	82.400	CCF24	3.380.263	135.300	0	0	0	0	0
3	CC	1019089662	SANCHEZ TORRES ROSALBA ANDREA	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
4	CC	1024497498	GONZALEZ PAEZ ANGIE MARCELA	1	0			S																	230301	850.667	136.200	0	0	0	0	EPS005	850.667	34.100	14-4	850.667	3	20.800	CCF24	850.667	34.100	0	0	0	0	0
5	CC	1024497498	GONZALEZ PAEZ ANGIE MARCELA	1	0			S														X			230301	309.334	49.500	0	0	0	0	EPS005	309.334	12.400	14-4	309.334	3	0	CCF24	309.334	12.400	0	0	0	0	0
6	CC	39547776	MEJIA MEJIA MARIA MONICA	1	0			S																	25-14	855.935	137.000	0	0	0	0	EPS008	855.935	34.300	14-4	855.935	1	4.500	CCF24	855.935	34.300	0	0	0	0	0
7	CC	39547776	MEJIA MEJIA MARIA MONICA	1	0			S														X			25-14	570.621	91.300	0	0	0	0	EPS008	570.621	22.900	14-4	570.621	1	0	CCF24	570.621	22.900	0	0	0	0	0
8	CC	45549339	COTTA CONTRERAS PIEDAD EUGENIA	1	0			S	X																25-14	2.137.432	342.000	0	0	0	0	EPS005	2.137.432	85.500	14-4	2.137.432	3	52.100	CCF24	2.137.432	85.500	0	0	0	0	0
9	CC	45549339	COTTA CONTRERAS PIEDAD EUGENIA	1	0			S														X			25-14	152.675	24.500	0	0	0	0	EPS005	152.675	6.200	14-4	152.675	3	0	CCF24	152.675	6.200	0	0	0	0	0
10	CC	52288379	GARCIA VALLEJO SANDRA LILIANA	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
11	CC	52867689	CUCUNUBA GONZALEZ YANETH	1	0			S																	230201	1.121.334	179.500	0	0	0	0	EPS005	1.121.334	44.900	14-4	1.121.334	3	27.400	CCF24	1.121.334	44.900	0	0	0	0	0
12	CC	52867689	CUCUNUBA GONZALEZ YANETH	1	0			S														X			230201	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS005	38.667	1.600	14-4	38.667	3	0	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
13	CC	1013591410	DEVIA ZAPATA JOHAN ALEXANDER	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
14	CC	1030634562	OLAYA QUINTANA MARIA ANGELICA	1	0			S																	230201	1.236.213	197.800	0	0	0	0	EPS002	1.236.213	49.500	14-4	1.236.213	1	6.500	CCF24	1.236.213	49.500	0	0	0	0	0
15	CC	20423635	GAITAN MAGDA MONICA	1	0			S																	25-14	1.575.000	252.000	0	0	0	0	EPS008	1.575.000	63.000	14-4	1.575.000	3	38.400	CCF24	1.575.000	63.000	0	0	0	0	0
16	CC	20423635	GAITAN MAGDA MONICA	1	0			S														X			25-14	315.000	50.400	0	0	0	0	EPS008	315.000	12.600	14-4	315.000	3	0	CCF24	315.000	12.600	0	0	0	0	0
17	CC	20714757	MARTINEZ PARDO ANA MARIA	1	0			S																	25-14	3.267.587	522.900	0	0	0	0	EPS008	3.267.587	130.800	14-4	3.267.587	3	79.600	CCF24	3.267.587	130.800	0	0	0	0	0
18	CC	20714757	MARTINEZ PARDO ANA MARIA	1	0			S														L			25-14	112.675	18.100	0	0	0	0	EPS008	112.675	4.600	14-4	112.675	3	0	CCF24	112.675	4.600	0	0	0	0	0
19	CC	51895392	BARON SAAVEDRA ANGELA	1	0			S																	230301	2.513.128	402.200	0	0	0	0	EPS008	2.513.128	100.600	14-4	2.513.128	3	61.300	CCF24	2.513.128	100.600	0	0	0	0	0
20	CC	1012457588	MARIN OSPINA YENIFER YULIERTH	1	0			S																	230301	1.275.500	204.100	0	0	0	0	EPS002	1.275.500	51.100	14-4	1.275.500	1	6.700	CCF24	1.275.500	51.100	0	0	0	0	0
21	CC	1007699185	MONTES TORRES CAROL ALEJANDRA	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
22	CC	52190344	GUERRA GARZON DIANA MARCELA	1	0			S																	25-14	1.577.456	252.400	0	0	0	0	EPS001	1.577.456	63.100	14-4	1.577.456	3	38.500	CCF24	1.577.456	63.100	0	0	0	0	0
23	CC	1024594716	DIMATE VELASQUEZ DIANA CAROLINA	1	0			S																	230301	734.667	117.600	0	0	0	0	EPS017	734.667	29.400	14-4	734.667	3	17.900	CCF24	734.667	29.400	0	0	0	0	0
24	CC	1024594716	DIMATE VELASQUEZ DIANA CAROLINA	1	0			S														X			230301	425.334	68.100	0	0	0	0	EPS017	425.334	17.100	14-4	425.334	3	0	CCF24	425.334	17.100	0	0	0	0	0
25	CC	1014197469	QUEVEDO MARTINEZ DIANA KATHERINE	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-4	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
26	CC	51796311	AYALA ZARATE JHENY PATRICIA	1	0			S																	230301	2.940.000	470.400	0	0	0	0	EPS005	2.940.000	117.600	14-4	2.940.000	3	71.700	CCF24	2.940.000	117.600	0	0	0	0	0

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

49CCC29CCDE89B6D

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 20 días del mes de Agosto 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

Santafé de Bogotá, Septiembre 15 de 2024 (vigencia 90 días)

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Señores
DIRECCION DE VETERANOS Y REHABILITACION INCLUSIVA ¨DIVRI¨

Estimados señores:

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

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

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de nuestros compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, se suscribe en la ciudad de Bogotá el día 15 de Septiembre junio de año 2024

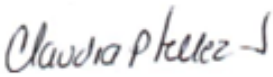
El proponente

Firma de Revisor Fiscal:



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

Firma de Representante Legal:



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

Responsable del Proyecto

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

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:	MHosalinas	OLGA MARLEN SALINAS HUERTAS
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-13	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA
Fecha y Hora Sistema:	2024-10-15-11:50 a. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	360275724	**Fecha Registro:**	2024-10-01	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-13 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	116224	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2024-10-03	**Código de Referencia:**	04500330700360275724	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00		
Valor Bruto:	175.000,00	**Valor Deducciones:**	5.191,00	**Valor Neto:**	169.809,00	**Saldo x Pagar:**	0,00		

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**175.000,00**	Valor Deducciones	5.191,00	Valor Neto	**169.809,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**	

REINTEGROS

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

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

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

CUENTA BANCARIA

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

TESORERIA	DOCUMENTO SOPORTE					
	Número:	FE03 C39879	**Tipo:**	FACTURA	**Fecha:**	2024-09-12
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN						

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS												
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
15-01-13 DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	10	CSF	175.000,00	0,00	175.000,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES							
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-01-04-04	RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	2,000 %	3.500,00	3.500,00	
2-01-05-01-01-03-05	RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	0,966 %	1.691,00	1.691,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
15-01-13 - DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA	1-2 - ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2024-10-04	175.000,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)