Agricultura	Formato	Código: F04-PR-GFI-07
Gestión financiera	Certificación y trámite de orden de pago y recibido a satisfacción de bienes y servicios	Versión: 12
		Fecha Emisión: 12/08/2024

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

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

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

8.DOCUMENTO SOPORTE					
PAGO No.	9	de	10	PERIODO	01 al 30 de noviembre 2024
SOLICITUD COMISIÓN No.				PERIODO	
REEMBOLSO No.				PERIODO	
FACTURA No.	C 40521			FECHA	12/12/2024
RESOLUCION No.				FECHA	
NOMINA				PERIODO	
OTRO:				PERIODO	

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

10. DATOS DEL DESEMBOLSO			
REC.	CUENTA OBJETO DE GASTO	VALOR	VALOR TOTAL DESEMBOLSO O PAGO AUTORIZADO
10	A-02-02-02-009-003	$10.217.600	
			$10.217.600

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

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

12. En calidad de supervisor(es) y/o responsable(s), manifiesto que se está cumpliendo o cumplió con el objeto contractual, comunicación de aceptación-oferta u otro y se recibió el bien o servicio a satisfacción, por lo cual se considera procedente se realice el pago o desembolso y se da el visto bueno correspondiente.	
NOMBRE SUPERVISOR (ES) y/o RESPONSABLE(S):	**DIANA JINETH SÁNCHEZ – Coordinadora de Talento Humano**
DEPENDENCIA:	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO
FIRMA SUPERVISOR(ES) y/o RESPONSABLE(S)	DIANA JINETH SANCHEZ Firmado digitalmente por DIANA JINETH SANCHEZ
	Fecha de Firma Supervisor(es): 16 de diciembre 2024

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

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

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

Cliente	MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL		
NIT	899,999,028 - 5	**Teléfono**	6012543300
Dirección	CR 7 32 42 PISO 7 A 12 TO NORTE CIUDADELA SAN M	**Vendedor**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
Ciudad	BOGOTA DC - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	tesoreria@minagricultura.gov.vo		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 40521

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-12-12	12:12:49
Expedición	2024-12-12	12:18:37
Vencimiento	2025-01-12	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL(INGRESO-PERIODICO-RETIRO		7.00	28,000.00	196,000.00
2	0010002890307	VISIOMETRIA		4.00	17,400.00	69,600.00
3	0020001903817	PERFIL LIPIDICO		4.00	28,000.00	112,000.00
4	0020001903841	GLICEMIA		4.00	10,000.00	40,000.00
5	0030001993506	VACUNA CONTRA LA INFLUENZA		200.00	49,000.00	9,800,000.00

Total Items 5

Total Bruto		10,217,600.00
RF SER SALUD 2%		204,352.00
Retenc. ICA	**9,66**	98,702.02
Total a Pagar		**$ 9.914.545,98**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Efectivo Cuota 1 F - 003- 40521 Vence el 2025-01-12 9.914.545,98

VALOR EN LETRAS

Nueve Millones Novecientos Catorce Mil Quinientos Cuarenta Y Cinco Pesos M/Cte Con 98/100

OBSERVACIONES

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

Firma Elaborado por : ANGIE MARCELA G

Firma Recibido

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**. 18764078936652 **aprobado en** 2024-09-05 **hasta el** 2025-08-31, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** C **desde el número** 39857 **al** 50000

CUFE :fc986ae08d3a3807fe62950b427298b1d97642052984cccab64ba606c8d49d1ec0dd9d1f46170d6c5493c2aed799190a

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

Contrato y/o Convenio No.	20240582		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S - CLAUDIA TELLEZ		
Nombre del supervisor y/o interventor	DIANA JINETH SÁNCHEZ		
Dependencia	TALENTO HUMANO – SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		
Objeto del contrato	Prestar los servicios para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva y del trabajo para los servidores del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.		
Fecha de inicio	viernes, 15 de marzo de 2024	**Fecha de terminación**	martes, 31 de diciembre de 2024
Período objeto del informe:	01 de noviembre de 2024 - 30 de noviembre de 2024		
Informe número	Informe 9		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

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

OBLIGACIONES GENERALES

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

	Obligación contractual	Descripción de la Actividad desarrollada	Producto o evidencia o entrega
1	Cumplir con el objeto contractual de conformidad con lo dispuesto en los Estudios Previos en el numeral 2.6 condiciones técnicas, así como lo previsto en la invitación pública, en la propuesta y demás documentos que se generen en el Proceso de Contratación.	Realización de valoraciones médicas ocupacionales según agenda y requerimiento por parte de la Entidad. Realización de jornada de vacunación contra la influenza.	• Conceptos médicos y/o certificados por medio de la plataforma destinada (se genera usuario y contraseña). • Remisión de factura mes de noviembre • Atención para la toma de exámenes médico-ocupacionales periódicos, ingreso y egreso. • Asistencia a la entidad para jornada de vacunación contra la influenza.

2	Entregar informes cualitativos y cuantitativos mensuales de los exámenes médicos ocupacionales y demás valoraciones realizadas y sobre las actividades y exámenes realizados, especificando en un anexo el nombre de los funcionarios y allegando los soportes correspondientes; además del informe final de diagnóstico general de salud una vez termine la ejecución contractual y cuando sea necesario informe con recomendaciones para intervenciones en los casos especiales.	Realización de valoraciones médicas ocupacionales según programación enviada por la Entidad. Aplicación de vacunas contra la influenza para los funcionarios inscritos.	Conceptos médicos y/o certificados de exámenes ocupacionales. Entrega de carnets a servidores que participaron en la jornada de vacunación.
3	Garantizar que el contratista, el lugar y el equipo médico cuente con las licencias vigentes en salud ocupacional durante toda la ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones N° 2346 del 2007 y 4502 del 2012, lo cual podrá ser validado por el supervisor en cualquier momento.	Realización de valoraciones médicas ocupacionales a los funcionarios del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural de acuerdo con la normatividad vigente (licencias actualizadas y vigentes para la prestación del servicio).	• Conceptos y certificados médico- ocupacionales. • Informe cualitativo y cuantitativo (certificados médicos con observaciones y recomendaciones) correspondiente a los servicios prestados en el mes facturado.
4	Garantizar que el personal médico ofertado se mantenga durante la ejecución del contrato, sin perjuicio que el mismo pueda ser modificado a solicitud del contratista y por razones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, que impidan la continuidad de este personal, siempre que las condiciones del perfil se mantengan y se cuente con previa aprobación del Supervisor del contrato.	Remitir hojas de vida, certificados laborales y de antecedentes de la profesión de los profesionales que brindan el servicio en cada una de las sedes.	Hojas de vida, de los profesionales de la IPS con sus respectivos soportes académicos y laborales en caso dado en que se realice el cambio de estos. No se realizaron cambios durante el periodo mencionado.

5	Guardar la confidencialidad en el contenido de las historias clínicas de acuerdo con lo establecido por el Decreto 1072 del 2015 para las entidades públicas. Se deberá custodiar las evaluaciones médicas ocupacionales y las historias clínicas ocupacionales de conformidad con la Resolución 1918 del 2009 del Ministerio de Protección Social cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo y confidencialidad conforme las normas legales vigentes para la historia clínica.	Mantener la información confidencial en la plataforma dispuesta por Controlar Salud Integral S.A.S.	• Certificados conceptos médico-ocupacionales digitales. • Acceso bajo usuario y contraseña.
6	Entregar matriz consolidada y clasificada trimestralmente, del personal atendido, identificando los principales grupos de enfermedades, como insumo para la población objeto de los programas de vigilancia epidemiológica que se generen.	Realización de valoraciones médicas-ocupacionales.	Conceptos médicos. Informe cualitativo y cuantitativo correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado (concepto médico exámenes ocupacionales). Debido a que la toma de exámenes médico periódicos continua a la fecha, se pospone la entrega de matriz mencionada (15 de diciembre).
7	Actualizar y validar el profesiograma establecido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.	La actividad no se requirió para este periodo de ejecución.	No se requirió la actividad para este periodo de ejecución.

8	Realizar y presentar al Ministerio la actualización del perfil sociodemográfico de los funcionarios de la entidad, teniendo como insumo los exámenes periódicos realizados.	Realizar informe de perfil sociodemográfico.	No aplica para este período de ejecución la toma de los exámenes extramurales continúa. Fecha de entrega diciembre 15.
9	Expedir y allegar la certificación y concepto que evidencie la realización de la evaluación médica y los exámenes clínicos y paraclínicos realizados mensualmente.	Realización de valoraciones médicas-ocupacionales.	Conceptos médicos. Informe cualitativo y cuantitativo correspondiente a los servicios prestados en el mes facturado.
10	Retroalimentar a cada servidor público sobre el resultado de los exámenes realizados, dejando la respectiva constancia.	Realización de valoraciones médicas ocupacionales con retroalimentación de resultados.	• Conceptos médicos firmados por pacientes. • Remisión de resultados a e-mail según requerimiento por parte del funcionario.
11	El contratista remitirá al servidor público a su EPS en caso de diagnosticar enfermedad común o laboral según su especialidad médica, para su atención, e informará de forma inmediata al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, con el fin de realizar el seguimiento correspondiente.	Realización de valoraciones medicas-ocupacionales con énfasis en recomendaciones y/o restricciones.	Certificados conceptos médicos-ocupacionales digitales.
12	Cumplir con la garantía de calidad de los servicios suministrados y repetir aquellos servicios que no se hayan realizado con los protocolos de salud requeridos.	Se realiza atención acorde con la toma de exámenes médico-ocupacionales.	Envío de certificados.
13	Ofrecer buen trato a los servidores(as) públicos(as) del MADR en cualquiera de las oportunidades en que tenga trato con los (las) mismos (as).	Realización de valoraciones médicas ocupacionales con estándares de servicio e idoneidad.	Se realizan las atenciones con éxito.

14	Cumplir, cuando haya lugar, con las especificaciones técnicas normadas para el transporte de muestras y equipos médicos cuando se realicen actividades de salud en la sede del Ministerio.	Prestar los servicios para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva y del trabajo para los servidores del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural: realización de jornada de vacunación contra la influenza.	• Conceptos médicos. • Cumplimiento de las normas y especificaciones técnicas para el transporte de vacunas.
15	Garantizar que cualquier material empleado en la ejecución del objeto contractual cuente con el Registro Sanitario correspondiente, la preservación de la cadena de frío, el cumplimiento de la norma NTC aplicable y en general la observancia de cualquier estándar nacional o internacional que garantice siempre la calidad e idoneidad de estos.	Realización de valoraciones medicas ocupacionales- exámenes de laboratorio de acuerdo con estándares exigidos por la normatividad vigente. Así mismo, preservación de las vacunas contra la influenza.	La toma de exámenes se realizó bajo los estándares y normatividad vigente, incluyendo la toma de exámenes médico-ocupacionales periódicos.
16	Cumplir con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato y las demás que sean inherentes para lograr el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Realización de valoraciones médicas ocupacionales especializadas de acuerdo con agenda y remisión de la Entidad.	Conceptos médicos con firma, registro médico y No de licencia SST vigente
17	Garantizar la oportuna, eficaz, y eficiente prestación del objeto contratado, hasta la disposición y manejo de residuos conforme a la normatividad legal vigente.	Realización oportuna, eficaz eficiente de valoraciones médicas ocupacionales especializada y demás servicios requeridos.	Conceptos médicos con firma, registro médico y No de licencia SST vigente.

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

Claudia Patricia Tellez S

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S
CLAUDIA PATRICIA TELLEZ
Fecha: 05/12/2024

Contrato y/o Convenio No.	20240582
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S. – CLAUDIA TELLEZ
Nombre del supervisor y/o interventor	DIANA JINETH SÁNCHEZ
Dependencia	SUBDIRECCIÓN ADMINITRATIVA – GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO.
Objeto del contrato	Prestar los servicios para el desarrollo de las actividades de medicina preventiva y del trabajo para los servidores del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.
Fecha de inicio	viernes, 15 de marzo de 2024
Período objeto del informe:	01 de noviembre de 2024 - 30 de noviembre de 2024
Informe supervisado:	Informe número 9

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORIA

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

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

Tabla 1.

OBLIGACIÓN Y/O COMPROMISO	OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR
Cumplir con el objeto contractual de conformidad con lo dispuesto en los Estudios Previos en el numeral 2.6 condiciones técnicas, así como lo previsto en la invitación pública, en la propuesta y demás documentos que se generen en el Proceso de Contratación.	Contratista remite los conceptos relacionados con los exámenes médicos tomados durante el mes. Envió la factura relacionando los servicios prestados en noviembre. Así mismo, entregó los carnés de vacunación a los servidores públicos que participaron en la jornada realizada en las instalaciones de la Entidad.
Entregar informes cualitativos y cuantitativos mensuales de los exámenes médicos ocupacionales y demás	Contratista hace entrega de los conceptos médicos en los que se incluyen reportes cualitativos

valoraciones realizadas y sobre las actividades y exámenes realizados, especificando en un anexo el nombre de los funcionarios y allegando los soportes correspondientes; además del informe final de diagnóstico general de salud una vez termine la ejecución contractual y cuando sea necesario informe con recomendaciones para intervenciones en los casos especiales.	correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado,
Garantizar que el contratista, el lugar y el equipo médico cuente con las licencias vigentes en salud ocupacional durante toda la ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones N° 2346 del 2007 y 4502 del 2012, lo cual podrá ser validado por el supervisor en cualquier momento.	Contratista entrega conceptos médicos con recomendaciones y restricciones correspondientes a la toma de exámenes y a los servicios prestados en el mes facturado.
Garantizar que el personal médico ofertado se mantenga durante la ejecución del contrato, sin perjuicio que el mismo pueda ser modificado a solicitud del contratista y por razones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, que impidan la continuidad de este personal, siempre que las condiciones del perfil se mantengan y se cuente con previa aprobación del Supervisor del contrato.	El contratista realiza entrega de los conceptos médicos con firma, registro médico y N° de licencia SST vigente. No se realizaron cambios de personal médico durante el período mencionado.
Guardar la confidencialidad en el contenido de las historias clínicas de acuerdo con lo establecido por el Decreto 1072 del 2015 para las entidades públicas. Se deberá custodiar las evaluaciones médicas ocupacionales y las historias clínicas ocupacionales de conformidad con la Resolución 1918 del 2009 del Ministerio de Protección Social cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo y confidencialidad conforme las normas legales vigentes para la historia clínica.	Contratista realiza entrega de certificados de conceptos médicos ocupacionales digitales y acceso bajo usuario y contraseña.
Entregar matriz consolidada y clasificada trimestralmente, del personal atendido, identificando los principales grupos de enfermedades, como insumo para la	Contratista realiza entrega de conceptos médicos correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado. Sin embargo, la toma de

población objeto de los programas de vigilancia epidemiológica que se generen.	exámenes médico-ocupacionales extramurales continúa, por lo cual, la entrega del informe se pospone para el próximo mes.
Actualizar y validar el profesiograma establecido por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.	La actividad no se requirió para este período de ejecución.
Realizar y presentar al Ministerio la actualización del perfil sociodemográfico de los funcionarios de la entidad, teniendo como insumo los exámenes periódicos realizados.	La actividad no aplica para este período de ejecución pues la toma de los exámenes extramurales continúa.
Expedir y allegar la certificación y concepto que evidencie la realización de la evaluación médica y los exámenes clínicos y paraclínicos realizados mensualmente.	Contratista realiza entrega de conceptos médicos correspondientes a los servicios prestados en el mes facturado.
Retroalimentar a cada servidor público sobre el resultado de los exámenes realizados, dejando la respectiva constancia.	Contratista refiere la entrega de conceptos médicos firmados por pacientes y el envío de resultados individuales a quien lo requiera.
El contratista remitirá al servidor público a su EPS en caso de diagnosticar enfermedad común o laboral según su especialidad médica, para su atención, e informará de forma inmediata al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, con el fin de realizar el seguimiento correspondiente.	Contratista realiza la entrega de conceptos médicos-ocupacionales digitales con énfasis en recomendaciones y/o restricciones con remisión a EPS para casos de enfermedad de origen común.
Cumplir con la garantía de calidad de los servicios suministrados y repetir aquellos servicios que no se hayan realizado con los protocolos de salud requeridos.	Se prestó el servicio adecuadamente y no se requirió garantía de estos.
Ofrecer buen trato a los servidores(as) públicos(as) del MADR en cualquiera de las oportunidades en que tenga trato con los (las) mismos (as).	No se presentaron quejas por la atención de parte de los funcionarios que asistieron a exámenes.
Cumplir, cuando haya lugar, con las especificaciones técnicas normadas para el transporte de muestras y equipos médicos cuando se realicen actividades de salud en la sede del Ministerio.	El contratista cumplió con los protocolos establecidos para el transporte de equipos médicos y los biológicos requeridos para la jornada de vacunación.
Garantizar que cualquier material empleado en la ejecución del objeto contractual cuente con el Registro Sanitario correspondiente, la preservación	El contratista garantiza que los materiales utilizados en la realización de los exámenes ocupacionales y la jornada de vacunación cuentan con

de la cadena de frío, el cumplimiento de la norma NTC aplicable y en general la observancia de cualquier estándar nacional o internacional que garantice siempre la calidad e idoneidad de estos.	registro sanitario y cadena de frío. La actividad se realizó de acuerdo con la norma NTC vigente, incluyendo la toma de muestras, exámenes médico-ocupacionales periódicos y aplicación de biológicos requeridos.
Cumplir con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato y las demás que sean inherentes para lograr el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Contratista aplicó los exámenes solicitados por la Entidad y envió los conceptos médicos. Así mismo, cumplió con las actividades requeridas para el periodo señalado.
Garantizar la oportuna, eficaz, y eficiente prestación del objeto contratado, hasta la disposición y manejo de residuos conforme a la normatividad legal vigente.	Contratista realiza entrega de Conceptos médicos con firma, registro médico y No de licencia SST vigente.

2. De conformidad con el seguimiento de las obligaciones y/o productos verificados, certifico que el porcentaje de ejecución financiera del contrato es de 74% y **técnicamente del 89%**.

ESTADO DE EJECUCIÓN CONTRATO 20240582 CONTROLAR SALUD INTEGRAL IPS			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			$ 49.176.000
ADICIONES			$ -
VALOR TOTAL DEL CONTRATO			$ 49.176.000
PAGO N°	**PERIODO DE EJECUCIÓN**	**VALOR**	**SALDO**
1	15/03/2024 al 31/03/2024	$ 250.200	$ 48.925.800
2	1/04/2024 al 30/04/2024	$ 111.400	$ 48.814.400
3	1/05/2024 al 31/05/2024	$ 194.800	$ 48.619.600
4	1/06/2024 al 30/06/2024	$ 529.000	$ 48.090.600
5	1/07/2024 al 31/07/2024	$ 973.400	$ 47.117.200
6	1/08/2024 al 31/08/2024	$ 1.367.800	$ 45.749.400
7	1/09/2024 al 30/09/2024	$ 16.040.400	$ 29.709.000
8	1/10/2024 al 31/10/2024	$ 6.462.600,00	$ 23.246.400
9	1/11/2024 al 30/11/2024	$ 10.217.600	$ 13.028.800
VALORES TOTALES		**$ 36.147.200,00**	**$ 13.028.800,00**
% DE EJECUCIÓN FINANCIERA		74%	

DÍAS DEL CONTRATO	291
DIAS EJECUTADOS	260
% DE EJECUCIÓN TÉCNICA	89%

3. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud, riesgos laborales y pensiones, mediante la certificación de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales del 05 de diciembre de 2024, la cual se adjunta, y se anexa certificado de la Junta Central de Contadores No. 777C66091CF2C3D5 suscrito el 26 de noviembre de 2024.

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

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

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

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

OBSERVACIONES	Teniendo en cuenta la información que reposa como soporte de la cuenta y la revisión de los documentos relacionados con la ejecución del contrato, se procede a suscribir el presente informe, indicando que: Las actividades aquí certificadas, se realizan bajo la revisión, visto bueno y validación del equipo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), mediante la matriz de seguimiento y control de exámenes médicos realizados, que se tiene como evidencia de la ejecución del contrato, así mismo bajo la verificación de los exámenes y conceptos médicos allegados para este periodo de ejecución del 01 al 30 de noviembre de 2024. De acuerdo con la verificación de la matriz, se realizaron los siguientes exámenes y demás actividades, conforme se detalla en el siguiente cuadro:

N°	ID	EXAMEN	OST	OPT	GLI	COL	TOTAL EX.
1	1102363845	Examen médico-ocupacional ingreso	$ 28.000	$ 17.400	$ 10.000	$ 28.000	$ 83.400,00
2	1016038791	Examen médico-ocupacional periódico	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.000,00
3	52715503	Examen médico-ocupacional ingreso	$ 28.000	$ 17.400	$ 10.000	$ 28.000	$ 83.400,00
4	3024748	Examen médico-ocupacional retiro	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.000,00
5	52540051	Examen médico-ocupacional periódico	$ 28.000	$ 17.400	$ 10.000	$ 28.000	$ 83.400,00
6	11347693	Examen médico-ocupacional periódico	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.000,00
7	1014188643	Examen médico-ocupacional periódico	$ 28.000	$ 17.400	$ 10.000	$ 28.000	$ 83.400,00
Vacunación (200 biológicos)							$ 9.800.000,00

TOTAL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO (ENF. OSTEOMUSCULAR)	4	$ 112.000	**TOTAL**	$ 10.217.600
TOTAL EXAMEN INGRESO (ENF. OSTEOMUSCULAR)	2	$ 56.000		
TOTAL EXAMEN EGRESO (ENF. OSTEOMUSCULAR)	1	$ 28.000		
OPTOMETRÍA	4	$ 69.600		
GLUCOSA	4	$ 40.000		
PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL)	4	$ 112.000		
VACUNA INFLUENZA	200	$ 9.800.000		
TOTAL	$ 10.217.600			

En constancia, firmo:

DIANA JINETH SANCHEZ
Firmado digitalmente por DIANA JINETH SANCHEZ

Diana Jineth Sánchez
Supervisora

Proyectó: Gabriela Sofía Pérez Ortiz - Contratista SofiaPérez

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., lunes, 16 de diciembre de 2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830103479
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 45 A 94 91	TELÉFONO:	7420428
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	11 - TODOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7948691994**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	octubre
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		21			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1038371071

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	2	$ 471.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 471.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 144.800
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 52.800
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 65.000
		SUBTOTAL:	4	**$ 262.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	4	$ 262.500
		SUBTOTAL:	4	**$ 262.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	4	$ 87.000
		SUBTOTAL:	4	**$ 87.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.066.900**
VALOR MORA:	**$ 16.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.083.100**

Planilla Pagada

Santafé de Bogotá, Diciembre 05 de 2024 (vigencia 90 días)

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Señores
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL

Estimados señores:

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

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

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento a los 05 días del mes de Diciembre de 2024

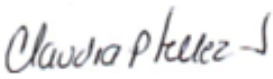
El proponente

Firma de Revisor Fiscal:



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

Firma de Representante Legal:



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

Responsable del Proyecto

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 26 de noviembre de 2024 Hora: 13:36:58
Recibo No. AB24762481
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B247624811833D

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

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

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

MATRÍCULA

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

UBICACIÓN

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

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

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

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 26 de noviembre de 2024 Hora: 13:36:58
Recibo No. AB24762481
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B247624811833D

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

Administrativo.

CONSTITUCIÓN

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

Certifica:

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

REFORMAS ESPECIALES

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

TÉRMINO DE DURACIÓN

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

OBJETO SOCIAL

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

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

CAPITAL

Capital:

** Capital Autorizado **

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

** Capital Suscrito **

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

** Capital Pagado **

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

REPRESENTACIÓN LEGAL

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

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 26 de noviembre de 2024 Hora: 13:36:58
Recibo No. AB24762481
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B247624811833D

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

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

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

** Nombramientos **

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

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

REVISORES FISCALES

** Revisor Fiscal **

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

Nombre	Identificación
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 26 de noviembre de 2024 Hora: 13:36:58
Recibo No. AB24762481
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B247624811833D

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

JURADO LEAL JUAN CARLOS C.C. 000000008002227

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

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

REFORMAS DE ESTATUTOS

Reformas:

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

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8621

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 26 de noviembre de 2024 Hora: 13:36:58
Recibo No. AB24762481
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B247624811833D

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

Actividad secundaria Código CIIU: 8691

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

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

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

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

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

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

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 26 de noviembre de 2024 Hora: 13:36:58
Recibo No. AB24762481
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B247624811833D

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

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

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 2.832.918.792
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8621

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

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

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

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 26 de noviembre de 2024 Hora: 13:36:58
Recibo No. AB24762481
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B247624811833D

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

---

sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

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

****

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



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

14919 3-T



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

PRESIDENTE Leonardo Sanchez G.

LEONARDO SANCHEZ GARRIDO 159588

FIRMA DEL TITULAR 74050

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

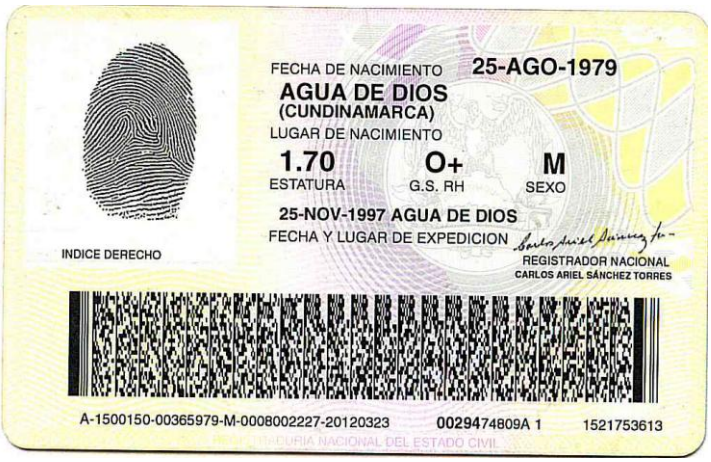


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.002.227

JURADO LEAL
APELLIDOS

JUAN CARLOS
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1979

AGUA DE DIOS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

777C66091CF2C3D5

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 *

Dado en BOGOTA a los 26 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTÁ D.C., 26/11/2024

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

CUENTA CORRIENTE

Número 0560004469999603

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141007796877

(415)7707212489984(8020) 000014100779687 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 45 A 94 91

42. Correo electrónico contador@controlarsalud.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	8	9	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5												

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

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 04 - 10 / 11 : 29: 19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TELLEZ JIMENEZ CLAUDIA PATRICIA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007796877

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

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	1 0 8 8	1 2
73. Fecha	2 0 0 2 0 5 1 6	2 0 1 1 0 1 2 5
74. Número de notaría	3 2	1
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 2 0 5 3 0	2 0 1 1 0 2 1 4
77. No. Matrícula mercantil	0 1 1 8 5 6 0 3	0 1 4 5 2 8 9 3
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4

Vigencia

80. Desde	2 0 0 2 0 5 1 6
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2	2 1	2 0 1 1 0 1 2 5		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007796877

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

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

Representación

1

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

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

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

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007796877

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

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 0 2 2 2 7		1 4 9 1 9 3 T

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

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

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

Revisor fiscal suplente

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

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

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

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

Contador

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

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007796877

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

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

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

1

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

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD INTEGRAL

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

165. Dirección: CR 18 84 06

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

2

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

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD

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

165. Dirección: CR 45 A 94 91

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

3

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

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD INTEGRAL

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

165. Dirección: CL 32 SUR 3 C 08

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007796877

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

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

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

1

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

162. Nombre del establecimiento: CONTROLAR SALUD INTEGRAL AMERICAS

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

165. Dirección: AV CL 9 62 84 LC 1 49

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:13/08/2024

CONTRIBUYENTE	N.I.T. 830103479	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 45A 94 91 Teléfonos: 7420428

Dirección electrónica: contador@controlarsalud.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA JURIDICA Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2: 86911 - Actividades de apoyo diagnóstico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Fecha Inicio	Tipo	Documento	NOMBRE	Tipo Representación
15/03/2018	C.C.	51974999	CLAUDIA PATRICIA TELLEZ JIMENEZ	REPRESENTANTE LEGAL
19/09/2019	C.C.	8002227	JUAN CARLOS JURADO LEAL	REVISOR FISCAL PRINCIPAL

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

Fuente: RIT-SHD

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS

SIGLA: C S I — NIT No. 830103479-8

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

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

TIPO: [ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: 1 1 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO CORRESPONDENCIA	PAÍS	DEPARTAMENTO
	COLOMBIA	CUNDINAMARCA

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

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

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

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

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

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

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES
TELLEZ	JIMENEZ	CLAUDIA PATRICIA

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

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

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA

Claudia Patricia Tellez S

CLAUDIA TELLEZ CC 51.974.999

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **14/11/2024**

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

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

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

CIUDAD Y FECHA

Bogotá, 16 de diciembre de 2024

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

La Supervisora **DIANA JINETH SÁNCHEZ,** conforme con la información y soportes que reposan en el expediente contractual y en la presente cuenta, certifica que el Contratista **CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S.**, identificado con No. de NIT 830.103.479 - 8, cumplió a entera satisfacción con el objeto, con las obligaciones pactadas y con las demás condiciones del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 20240582**, por lo tanto, es procedente el pago 9 de 10 del contrato por valor de $ 10.217.600, correspondientes al periodo de ejecución comprendido del 01 al 30 de noviembre de 2024 y se anexan los siguientes documentos:

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

Para constancia firma:

DIANA JINETH SANCHEZ
Firmado digitalmente por DIANA JINETH SANCHEZ

DIANA JINETH SÁNCHEZ
Coordinadora Grupo de Talento Humano

Proyectó y revisó: Gabriela Sofía Pérez Ortiz SofíaPérezO

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

NOMBRE DE LA EMPRESA **MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL**
NIT **899999028-5**
PERIODO FACTURADO **NOVIEMBRE**
FECHA DE LISTADO **3/12/2024**

No	FECHA	TIPO	TIPO ID	CEDULA	1er APELLIDO	2do APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	EMO	VISIO	PERFIL L	GLIC
3	14/11/2024	PREOCUPACIONAL	CC	1102363845	MORA	RODRIGUEZ	YENNIFER	INES	1	1	1	1
3	15/11/2024	PREOCUPACIONAL	CC	1016038791	TOVAR	SANDOVAL	JUAN	PABLO	1			
2	3/12/2024	PREOCUPACIONAL	CC	52715503	BECERRA	OSTOS	SILVIA	JULIANA	1	1	1	1
1	7/11/2024	RETIRO	CC	3024748	PULIDO	GONZALEZ	MANUEL	ANTONIO	1			
2	13/11/2024	PERIODICO	CC	52540051	HIDALGO	BENITEZ	JENNY	PAOLA	1	1	1	1
4	14/11/2024	PERIODICO	CC	11347693	ALDANA	BELLO	PEDRO	JAVIER	1			
2	15/11/2024	PERIODICO	CC	1014188643	DELGADO	BERNAL	MANUEL	LEONARDO	1	1	1	1
4	3/12/2024	PERIODICO	CC	52111638	MUÑOZ	TORRES	SANDRA	EMILIA	1	1	1	1
3	3/12/2024	PERIODICO	CC	80367445	PINZON	PULIDO	YURE	ADDEL	1			
4	3/12/2024	PERIODICO	CC	37547051	LOPEZ	PICO	LIBIA	ROCIO	1	1	1	1
2	3/12/2024	PERIODICO	CC	73191118	ANGULO	NEGRETTE	JAIRO	ALFONSO	1			
TOTAL									**11**	**6**	**6**	**6**

CANT	EXAMENES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
11	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (INGRESO - PERIODICO - RETIRO)**	$ 28.000	$ 308.000
6	**VISIOMETRIA**	$ 17.400	$ 104.400
6	**PERFI LIPIDICO**	$ 28.000	$ 168.000
6	**GLICEMIA**	$ 10.000	$ 60.000
200	**VACUNA INFLUENZA**	$ 49.000	$ 9.800.000
TOTAL		**$**	**10.440.400**

Observaciones

Asunto Correo