Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR

20252600013542

No. 20252600013542
Fecha Radicado: 23-DEC-2025 04:40 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos : .

OK

	PROCESO GESTION FINANCIERA				**Código: FOGF51**
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS /ORDENES DE COMPRA Y OTROS DISTINTOS A CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN				**Versión: 2**
					Fecha: 14/10/2025
Dependencia / Grupo:	Talento Humano	**Pago No:**	4	**Total de pagos:**	**A demanda**
		Valor a pagar:	850.000,00	**Pago Final**	**NO**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR				
Ciudad	Bogotá D.C	**Fecha de presentación (dd-mm-año)**	23/12/2025	
Nombres ó Razón Social:	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S	**Identificación:**	**NIT**	830.103.479 - 8
Teléfono	7420428	**Correo electrónico Contratista/beneficiario para notificaciones**	facturaelectronicaproveedores@controlarsalud.com	
Integrantes Unión temporal o consorcio (Si aplica)	**Nombre**	**Nit/CC**	**Participación**	
	N/A	N/A	N/A	
	N/A	N/A	N/A	
	N/A	N/A	N/A	
	N/A	N/A	N/A	
	N/A	N/A	N/A	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / ORDEN DE COMPRA Y/O OTROS					
No. Contrato(orden de compra y/o otros)	**Contrato 128 de 2025**			**Plazo de Ejecución:**	6 Meses y 15 dias
Fecha de suscripción	11/06/2025	**Fecha de inicio:**	16/06/2025	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**	30/12/2025
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del periodo a pagar**	Sin novedades		

OBJETO DEL CONTRATO/ORDEN DE COMPRA Y/U OTROS

Prestación de servicios para la realización de exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos, de egreso y específicos según los riesgos laborales identificados, así como los procedimientos que sean requeridos por la EPS para la calificación del origen de eventos de salud relacionados con el trabajo, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente en seguridad y salud en el trabajo.

DESCRIPCIÓN DE LA COMPRA DE BIENES, SERVICIOS U OTRA ACTIVIDAD A LA QUE CORRESPONDE EL PAGO

DESCRIPCIÓN	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Entregar al supervisor del contrato los certificados médicos de evaluaciones periódicas, de ingreso y/o de egreso con fotografía de las personas evaluadas; estos documentos se deben enviar de manera digital y en físico al día siguiente de su realización. Se incluirá el total de las personas evaluadas diariamente.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
2. Realizar el análisis de puesto de trabajo con énfasis RIESGO Biomecánico con ángulos de movimiento y registro fotográfico para el segmento de miembros superiores.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
3. Entregar al supervisor del contrato, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la valoración médica ocupacional periódica y de ingreso, un informe general y específico sobre el estado actual de salud de los funcionarios, el cual deberá indicar de manera clara las alteraciones encontradas, los posibles factores de riesgos ocasionados por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo que lo generan o agraven, las recomendaciones que se deben adoptar, el manejo preventivo y los programa de vigilancia epidemiológicos a los cuales se debe incluir a cada uno de los funcionarios. (En Físico y Magnético).	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
4. Entregar base de datos digital, con la relación individual por trabajador con su diagnóstico y conducta especifica a seguir. Es responsabilidad del proveedor digitar la información generada y mantenerla actualizada a disposición del INSOR.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
5. Mantener en reserva la información de los resultados obtenidos en los exámenes practicados.	certificación de custodia de historias laborales	El proveedor aporto certificación de custodia de historias laborales
6. Remitir al trabajador a la EPS para la atención que requiera, en caso de diagnosticar enfermedad común o profesional.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
7. Informar al funcionario el resultado de los exámenes practicados e incluidos los exámenes de laboratorio por correo electrónico.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
8. Contar con la disponibilidad logística para realizar de manera masiva los exámenes de acuerdo con las fechas, disponibilidad y programación acordadas con el supervisor del contrato, para el cumplimiento del objeto contractual directamente en la Sede del INSOR.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
9. Garantizar que las IPS y profesionales que realizarán las evaluaciones médicas ocupacionales cuenten con la resolución vigente de habilitación y con licencias en salud ocupacional vigentes expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Evaluación tecnica del proceso	Se verifico el cumplimiento de esta obligacion en la evaluacion del proceso contractual
10. Cumplir con la normatividad vigente relacionada a las evaluaciones médicas ocupacionales, entre otras la Resolución 2346 de 2007, Resolución 4502 de 2012 y Resolución 2003 de 2014 de conformidad con las actividades a desarrollar.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
11. Entregar los informes y análisis de puestos de trabajo por escrito, los estudios realizados y en caso de presentarse inconsistencias o de tener requerimientos de parte del supervisor, debe corregirlos con calidad.	Cumple	El proveedor entregó el informe de analisis de puesto de trabajo, el cual puede ser consutado en la historia laboral de la funcionaria asi como el capreta digital de SST
12. Entregar el análisis de puesto de trabajo deberá ser máximo a los siguientes treinta (30) días calendario después de realizada la respectiva visita del puesto de trabajo, el informe será entregado a la entidad en documento original (en físico, por correo electrónico o Software) y la relación de las mismas por medio electrónico.	Cumple	El proveedor entregó el informe de analisis de puesto de trabajo, el cual puede ser consutado en la historia laboral de la funcionaria asi como el capreta digital de SST

13. Entregar los informes y requerimientos establecidos para la prestación del servicio.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
14. Dar cumplimiento a la totalidad de especificaciones técnicas establecidos en el ANEXO 1. FICHA CONDICIONES TECNICAS, la cual hace parte integral del contrato.	Certificado medico por cada funcionario	El provedor cumple con esta obligacion en la descripcion relacionada en cada certificado medico
15. Presentar para la suscripción del acta de inicio las hojas de vida del equipo de trabajo con los documentos soporte de formación y experiencia exigida en el ANEXO 1. FICHA CONDICIONES TECNICAS.	Hojas de vida de los profesionales medicos	Para la suscripcion del acta de inicio el proveedor allegó las hojas de vida del equipo de trabajo las cuales reposan en el archivo de talento humano

INFORMACION DEL PAGO AUTORIZADO

FACTURA ELECTRÓNICA /CUENTA DE COBRO No.	FECHA DE EXPEDICIÓN	VALOR ANTES DE IVA	IVA	TOTAL A PAGAR
FF03 C 42887	23/12/2025	850.000,00	-	850.000,00

No. De Registro Presupuestal/RP	Valor RP	Valor de los pagos efectuados en periodos anteriores	Saldo RP	Informe Financiero ejecutado	
24825	10.870.496,00	6.052.500,00	4.817.996,00	VALOR TOTAL	10.870.496,00
	-	-	-	Menos VALOR ANTICIPOS GIRADOS	-
	-	-	-	Menos VALORES PAGADOS PERIODOS ANTERIORES	6.052.500,00
	-	-	-	Menos VALOR A PAGAR EN ESTE PERIODO	850.000,00
	-	-	-	Más VALOR ADICIONES DEL CONTRATO	-
	-	-	-	Menos VALOR REDUCCIONES DEL CONTRATO	-
	-	-	-	SALDO	3.967.996,00
				PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63%

DOCUMENTOS ENTREGADOS

Factura Electrónica (Gran Contribuyente - Responsable de IVA - Regimen simple de tributación)	SI	Listado de examenes practicados	SI	Certificación de pago de parafiscales (personas jurídicas)	SI

AUTORIZACION DE PAGO POR PARTE DEL SUPERVISOR

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	850.000,00
	IVA	-
	Valor total	850.000,00
VALOR EN LETRAS	Ochocientos Cincuenta Mil Pesos M/Cte	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para trámitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría y Supervisión. SI_X__

2. En calidad de supervisor del contrato/órden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma exporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial integral. SI_X___

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Intergal, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI__X__ NO APLICA___

OBSERVACIONES ADICIONALES:

JOHANA M CAMARGO

Claudia P Tellez J

FIRMA DEL SUPERVISOR	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHANA MARCELA CAMARGO FANDIÑO	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: CLAUDIA PATRICIA TELLEZ JIMENEZ
CARGO: COORDINADORA TALENTO HUMANO	C.C: 51.974.999
C.C: 1020741493 Correo electrónico: johana.camargo@insor.gov.co	Correo electrónico: gerenciacomercial@controlarsalud.com

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

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

Cliente INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS

NIT 860,016,627 - 8 /Id. Extranjero :.

Dirección CR 89 A 64 C 30

Ciudad BOGOTA - COLOMBIA

Correo tesoreria@insor.gov.co

Teléfono 6014391221

Vendedor CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS

Centro Costo 1

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 42887

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-12-23 11:22:25
Expedición 2025-12-23 11:27:56
Vencimiento 2025-12-23

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	ANALISIS DE PUESTO		1.00	850,000.00	850,000.00

Total Items 1

Total Bruto	850,000.00
RF SER SALUD 2%	17,000.00
Total a Pagar	**$ 833.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Transferencia Crédito Cuota 1 F - 003- 42887 Vence el 2025-12-23 833.000,00

VALOR EN LETRAS

Ochocientos Treinta Y Tres Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO A CAROLINA PATIÑO

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.** 18764098058201 **aprobado en** 2025-09-02 **hasta el** 2026-09-02, **vigencia** 1 Años, **prefijo** C **desde el número** 40583 **al** 50000

CUFE :124865395af1745b6f4dabdc0c5e557102025fb797705ae138ce3a596fbd70a6843ee1d6013f2d0b2b511042b27caa8e

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

Controlar SALUD INTEGRAL S.A.S.	LISTADO DE PACIENTES	**Código** FC - 2016 **Versión** 1 **Fecha Aprobación**

NOMBRE DE LA EMPRESA INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS
NIT 860016627-8
PERIODO FACTURADO DICIEMBRE
FECHA DE ELABORACION DE LISTADO 23/12/2025

No	FECHA	CIUDAD	TIPO	TIPO ID	CEDULA	1er APELLIDO	2do APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	ANA PUE
1	16/12/2025	BOGOTA	ANALISIS DE PUESTO	CC	65705260	PATIÑO		CAROLINA		1
TOTAL										1

CANT	EXAMENES	VALOR UNITARIO	TOTAL
1	Analisis de Puesto	$ 850.000	$ 850.000
TOTAL		$	850.000

INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS

INFORME ANÁLISIS PUESTO DE TRABJO

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S.
LSO 2303 del 03/23/2023

TRABAJADORA FANETH CANDELARIA FUNIELES MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN: 64477300
CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

BOGOTÁ D.C.,
DICIEMBRE 18 DE 2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141197645611

(415)7707212489984(8020) 000014119764561 1

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	
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 facturaelectronicaproveedores@controlarsalud.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 8 9 3 7 4 1	6 0 1 7 4 2 0 4 2 8

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

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

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

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: 141197645611

(415)7707212489984(8020) **000014119764561 1**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 6 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141197645611

(415)7707212489984(8020) **000014119764561 1**

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 Ciudadani 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

Página 4 de 6 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141197645611

(415)7707212489984(8020) **000014119764561 1**

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	5 1 5 5 8 8 5 3	7	2 6 4 6 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
BELLO	MATEUS	VILMA	LUCIA

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 5 0 3 1 8

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 3 2 0 2 6 8	9	3 0 5 0 1 6 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PAEZ	GUACANEME	SANDRA	PATRICIA

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 5 0 8 0 4

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 5 de 6 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141197645611

(415)7707212489984(8020) **000014119764561 1**

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**	
6 0 1 7 4 2 0 4 2 8	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**	
6 0 1 7 4 2 0 4 2 9		

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 6 de 6 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141197645611

(415)7707212489984(8020) **000014119764561 1**

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

Vilma Lucia Bello M
Revisor Fiscal
Universidad Externado de Colombia

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE CONTROLAR SALUD INTEGRAL

S.A.S

CERRTIFICA

En mi condición de Revisor Fiscal de **CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS** identificada con Nit 830.103.479-8 debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá de conformidad con lo establecido para tal efecto en la Ley 43 de 1990, me permito certificar que he auditado de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, con el propósito de verificar el pago efectuado por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para lo cual, me permito certificar el pago de los siguientes aportes, los cuales forman parte de dichos estados financieros y corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante los meses de junio a noviembre de 2025, correspondiendo a la cotización de Julio, agosto, septiembre, octubre noviembre y diciembre de 2025. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, puedo certificar que se encuentra al día por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Dada en Bogotá, a los doce (12) días del mes de diciembre de 2025



Cordialmente
VILMA LUCIA BELLO MATEUS
C.C. 51.558.853 de Bogotá
TP 26465-T

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7995394272**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1997262492

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 236.900
8002248088	230301	230301-PORVENIR	2	$ 610.300
		SUBTOTAL:	3	**$ 847.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 71.300
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 57.000
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 57.000
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	3	$ 211.900
		SUBTOTAL:	6	**$ 397.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	6	$ 397.200
		SUBTOTAL:	6	**$ 397.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	6	$ 103.800
		SUBTOTAL:	6	**$ 103.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.745.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.745.400**