Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHlybrinez	LEIDY YOHANNA BRINEZ RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-073-000000	SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	2021-04-16-7:10 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 7221 de fecha 2021-02-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Numero:	15821	**Fecha Registro:**	2021-04-16	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		36-02-00-073-000000 SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	8.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	8.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	8.000.000,00
TERCERO ORIGINAL									
Identificación: NIT	830511202	**Razon Social:**	SALUD PLENA S.A.S					**Medio de Pago:**	Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA									
Numero:	07622428951	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.				**Tipo:**	Corriente	**Estado:** Activa
ORDENADOR DEL GASTO									
Identificacion:	93237494	**Nombre:**	LEANDRO VERA ROJAS			**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL TOLIMA		

CAJA MENOR				**VIATICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificacion:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de comisión:**		**Numero:**	CO1.PCCNTR.2434037	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2021-04-16

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOREC URSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-14-0-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES -	Nación	10	CSF		8.000.000,00	0,00		
					Total:	8.000.000,00	0,00	8.000.000,00	8.000.000,00

Objeto:	PAGOS SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONAL: CO1.PCCNTR.2434037, CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONSISTENTE EN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA EN ORTODONCIA CORRECTIVA Y/O ORTOPEDIA MAXILAR, PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASIST

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-073-000000	SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-15	8.000.000,00	8.000.000,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

OnBase

Comunicación Electrónica

Fecha	16/04/2021 3:35:46 p. m.	Radicado	9-2021-006090	NIS	2021-02-100542

Destinatario

Dependencia Destinatario	731040	GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO
Regional Destinatario	73	TOLIMA
Funcionario Destinatario	* EDGAR AUGUSTO PRADA CANIZALEZ	
Email Destinatario	EAPRADAC@SENA.EDU.CO	

Asunto

Asunto	SOLICITUDES PRESUPUESTALES
Descripción del Asunto	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL

Texto

M E M O R A N D O

73-1010

Ibagué,

PARA Edgar Augusto Prada Canizalez, Coordinador Grupo Apoyo Administrativo Mixto

DE: Director Regional Tolima (E)

ASUNTO: Solicitud registro presupuestal

De manera atenta me permito solicitar su colaboración, con el fin de expedir número de compromiso presupuestal al siguiente proceso que se relaciona en el siguiente link:

https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.12709243&isFromPublicArea=True&isModal=False
Se fija como valor total para el contrato la suma de OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($8.000.000). El SENA Regional Tolima pagará el valor del contrato, en mensualidades vencidas dentro de los treinta (30) días calendario, siguientes a la presentación de la factura, previa certificación expedida por el Supervisor del servicio efectivamente prestado.

Para tal efecto, se tendrá en cuenta los requerimientos relacionados en numerales siguientes a partir de la facturación soportada presentada por el contratista y todos los reportes estadísticos mencionados en el presente estudio previo.

Datos Del Contratista: SALUD PLENA S.A.S.

CDP: 7221 del 04 de febrero de 2021

RUBRO: C-3603-1300-14-0-3603025-03 Trasferencias corrientes - servicio de formación profesional integral – mejoramiento del servicio de formación profesional del SENA - NACIONAL. VALOR $8.000.000

Cordialmente,

Leandro Vera Rojas

Remitente

Dependencia Remitente	731010	DIRECCION REGIONAL
Regional Remitente	73	TOLIMA
Funcionario Remitente	* (E) LEANDRO VERA ROJAS	
Email Remitente	LEVERAR@SENA.EDU.CO	

Anexos

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14699046937

(415)7707212489984(8020) 000001469904693 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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
SALUD PLENA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
SALUD PLENA IPS SAS	SPLENA S.A.S

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 13 5 43 BRR CENTRO

42. Correo electrónico saludplena2010@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 2	2 0 0 4 1 2 2 0	8 6 2 1	2 0 0 4 1 2 2 0	6 8 1 0	8 6 9 9	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	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	1	4	1	6	4	2	4	8	5	2													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados 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 2020 - 07 - 16 / 16 : 41: 35

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14699046937

(415)7707212489984(8020) **000001469904693 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o insitutos 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 1
72. Número	1 1 1 9	5 5
73. Fecha	2 0 0 4 1 1 3 0	2 0 1 5 0 6 1 0
74. Número de notaría	4	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 4 1 2 2 0	2 0 1 5 0 9 2 2
77. No. Matrícula mercantil	1 4 3 9 3 4	1 4 3 9 3 4
78. Departamento	4 1	4 1
79. Ciudad/Municipio	2 3	2 3

Vigencia

80. Desde	2 0 0 4 1 2 2 0
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: Superintendencia de Sociedades — 5

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 7 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14699046937

(415)7707212489984(8020) **000001469904693 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 9 0 8 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 6 1 6 2 6 3 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LOSADA	MENDEZ	ARACELY	

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 0 9 0 8 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 6 8 6 9 3 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LIEVANO	SILVA	CARLOS	ALBERTO

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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14699046937

(415)7707212489984(8020) **000001469904693 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA IPS SUCURSAL PITALITO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

165. Dirección: CR 5 9 22

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sucursal 1 0	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA IPS ODONTOLOGIA SUCURSAL IBAGUE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CR 3 44 BIS 34

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sede 0 9	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA SAS IPS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Neiva 0 0 1

165. Dirección: CL 13 N 5 43

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

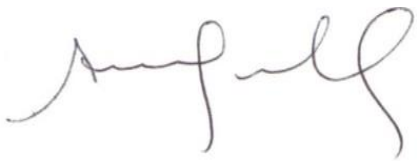
CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Ibagué, Junio 03 de 2021

Señores:
SENA
Ciudad

YO, **ARACELY LOSADA MENDEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No 36.162.630 de Neiva, en calidad de Representante Legal de la Empresas **SALUD PLENA SAS** con NIT **830.511.202-5,** me permito Certificar bajo la gravedad de Juramento que la sociedad, ha cumplido con el requisito establecido en la Ley 789 de 2002 art. 50 y a la fecha nos encontramos al día en el pago de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social y los Aportes Parafiscales con destino al ICBF, SENA y Cajas de Compensación Familiar.

De igual forma Certifico que la empresa según la ley 1607 DE 2012 en el art.25°. "**Exoneración de aportes.** A partir del 1 de Mayo de 2013 está exonera del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje -SENA Y de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, y de los aportes a Salud a partir del 1 enero de 2014, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, hasta diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.



Firma: _____
Nombre: ARACELY LOSADA MENDEZ
C.C No. 36.162.630 DE NEIVA

Certificado Bancario

Martes, 1 de Junio de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SALUD PLENA S A S identificado(a) con NIT 830511202, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE.	07622428951	2005/06/07	ACTIVA
CUENTA CORRIENTE	07900012732	2019/03/08	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

Salud Plena
Clínica Odontológica
Nit. 830.511.202-5 Regimén Común

Neiva: Calle 13 No. 5 - 43 Tel. 8716555 - 3214632977
Ibague: Carrera 3 No. 44 BIS 34 Tel. 2702934 - 3208037815
E-mail: gerencia@saludplena.com.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

No. FEIB1737

Según Art. 476 del ET Son Servicios Excluidos del Impuesto Sobre las Ventas

Fecha: 3 de June de 2021 **Hora:** 17:56:20 **Fecha Vence:** 3 de July de 2021

Cliente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **C.C.** 899999034

Dir1: TRANSVERSAL 1 No 42 2 44 **Vendedor:** NO APLICA **Tel:** 2709600

Forma de Pago: CREDITO

CÓDIGO	DESCRIPCION	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
	PRESTACION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS PACIENTES SENA ORTODONCIA MAYO 2021	1.00	2,648,200	2,648,200

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE.MCTE

OBSERVACIÓN: 36-02-00-073-000000; CO1.PCCNTR.2434037; afmunozm@sena.edu.co

DESCUENTO	0
TOTAL $	2,648,200

CUFE: 81b3c2e19e20e2d6747b055c815da2144270ddce47e53f33f484e15d144747abb2216d1de4b372a42a5632e0cc9895f1

Elaboró:	Verifico:	Recibí de Conformidad:
C.C. / NIT.	C.C. / NIT.	C.C. / NIT.

RESOLUCION No . 18764000943923 DEL 16/07/2020 PREFIJO FEIB DEL No. 1 AL 10000

Vigencia 18 Meses Impreso por el Software Novasof - Novasoft SAS Nit. 800.028.326-1 - Proveedor Tecnologico Facture SAS

La presente Factura Electronica de Venta se asimila para todos sus efectos legales a la Letra de Cambio, según Art. 774 y 780 del CC.

Segun el Art. 637 del acuerdo 028/2018 Estatuto Tributario del Municipio de Neiva somos Autoretenedores del Impuesto de Industria y Comercio