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:	2021-04-15-10:40 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 6421 de fecha 2021-02-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Numero:	15521	**Fecha Registro:**	2021-04-15	**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:	50.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	50.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	50.000.000,00

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.2424892	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2021-04-15

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO/RECURSO	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		50.000.000,00	0,00		
					Total:	50.000.000,00	0,00	50.000.000,00	50.000.000,00

Objeto:	PAGOS SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONAL: CO1.PCCNTR.2424892, CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA CONSISTENTE EN CONSULTA EXTERNA EN ODONTOLOGÍA Y DEMÁS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD ORAL, A LOS BENEFICIARIOS DEL SER

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	50.000.000,00	50.000.000,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

OnBase

Comunicación Electrónica

Fecha	15/04/2021 9:46:12 a. m.	Radicado	9-2021-005976	NIS	2021-02-098404

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.12684164&isFromPublicArea=True&ismodal=False

Se fija como valor total para el contrato la suma de CINCUENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($50.000.000). 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: 6421 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 $50.000.000

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

Copias Internas

Copias Externas

Nombre Destinatario	INGRID ROCIO LOZANO SANCHEZ
Email Destinatario	IRLOZANOS@SENA.EDU.CO
Nombre Destinatario	JENNY PAOLA ROJAS PEÑA
Email Destinatario	JPROJASP@SENA.EDU.CO
Nombre Destinatario	DIANA MARCELA DELGADO LOZANO
Email Destinatario	DMDELGADO@SENA.EDU.CO

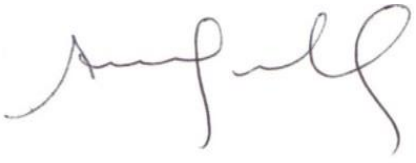
CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Ibagué, Septiembre 04 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

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. FEIB2309

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

Fecha: 4 de September de 2021 **Hora:** 09:06:36 **Fecha Vence:** 4 de October de 2021

Cliente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **C.C.** 899999034 **Forma de Pago** CREDITO

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

CÓDIGO	DESCRIPCION	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
	PRESTACION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS PACIENTES SENA ODONTOLOGIA AGOSTO 2021	1.00	6,105,576	6,105,576

SON: SEIS MILLONES CIENTO CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.MCTE

DESCUENTO 0

OBSERVACIÓN: 36-02-00-073-000000; CO1.PCCNTR.2424892; afmunozm@sena.edu.co

TOTAL $ 6,105,576

CUFE: 1923a8855d13f1b621ec15ebccc60b27c668114216e3d7d4f79f103dce12b35badaf30e1248fefab25d2494a4276eb3b

Elaboró: _____ C.C. / NIT.

Verifico: _____ C.C. / NIT.

Recibí de Conformidad: _____ C.C. / NIT.

RESOLUCION No . 18764015396733 DEL 23/07/2021 PREFIJO FEIB DEL No. 2002 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