**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

**EJERCITO NACIONAL**

**CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN**

# INFORME DE GESTIÓN No. 006

Bogotá D.C. (Cundinamarca), JULIO de 2018

| | |
|---|---|
| **1. No. DEL CONTRATO** | 308 |
| **2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO** | 25 de ENERO de 2018 |
| **3. PÓLIZA DE SEGUROS** | PÓLIZA No. 390-47-994-000042881<br>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA<br>25 DE ENERO DE 2018<br>Aprobado por TC. JUAN MAURICIO ALVAREZ SARMIENTO |
| **4. CRP** | No. CRP 31718<br>25 DE ENERO DE 2018<br>Unidad/Sub-unidad ejecutora 15-01-03<br>Dependencia 043 CENAC USAQUÉN<br>Posición catálogo de gasto A-2-0-4-21-5<br>Fuente NACIÓN<br>Recurso 10<br>Valor $ 35.035.000 |
| **5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL** | 01 DE FEBRERO DE 2018. |
| **6. CONTRATISTA** | CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA<br>1.032.419.686<br>Nacionalidad COLOMBIANA<br>Bogotá D.C., DIAG 107 N 6-90<br>Teléfono: 3173654161<br>E-mail de contacto: carito.sepulveda1@hotmail.com |
| **7. SUPERVISOR** | MY. CARLOS MAURICIO SALAS ESTEBAN<br>Oficial de control interno<br>Resolución de nombramiento No. 70 expedida ENERO 23 DE 2018 |



Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| **8. OBJETO CONTRACTUAL** | ADMINISTRADOR DE EMPRESAS PARA CAPACITAR AL CENTRO DE EDUCACION MILITAR |
| **9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | **Obligaciones específicas**<br><br>1. Capacitar el Centro de Educación Militar en la organización, verificación y evaluación del sistema de control interno.<br><br>2. Velar porque el sistema de control interno esté formalmente establecido dentro del Centro de Educación Militar.<br><br>3. Capacitar al Centro de educación Militar en la organización, gestión y mejoramiento continuo del sistema de control interno.<br><br>4. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, manuales, planes, programas, proyectos, directivas y metas de la institución y recomendar los ajustes necesarios.<br><br>5. Fomentar en el centro de Educación Militar y las escuelas la formación de una cultura de control interno que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional.<br><br>6. Presentar un informe mensual sonde se discriminen las actividades específicas cumplidas durante el respectivo periodo de ejecución del objeto contratado.<br><br>7. Mantener permanentemente informado a la dirección del Centro de Educación Militar, acerca del estado del control interno dentro de la unidad, dando cuenta de las debilidades detectadas y de las fallas en su incumplimiento.<br><br>8. Verificar que se implementen las medidas respectivas recomendadas a través de planes de mejoramiento.<br><br>9. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución del contrato.<br><br>10. Participar de todas las actividades programadas por la |



Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| | unidad.<br><br>11. Cumplir ampliamente y con idoneidad el objeto del contrato.<br><br>12. Guardar absoluta reserva de la información que en razón del desarrollo del contrato llegare a conocer.<br><br>13. Garantizar su afiliación al Sistema de Seguridad Social en salud y pensiones y demostrar mensualmente que está al día en los pagos presentando fotocopia de los recibos de pago.<br><br>14. El contratista dará cumplimiento al objeto del contrato con plena independencia y autonomía y en coordinación con el supervisor designado. Las demás contenidas en la propuesta presentada por el contratista y que harán parte integral del contrato.<br><br>15. Guardar absoluta reserva de la información que en razón del desarrollo del contrato llegare a conocer.<br><br>16. Garantizar su afiliación al Sistema de Seguridad Social en salud y pensiones y demostrar mensualmente que está al día en los pagos presentando fotocopia de los recibos de pago.<br><br>17. El contratista dará cumplimiento al objeto del contrato con plena independencia y autonomía y en coordinación con el supervisor designado.<br><br>18. Las demás contenidas en la propuesta presentada por el contratista y que harán parte integral del contrato.<br><br>✓ De conformidad con el Decreto 2609 de 2012, Articulo 3 el contratista será responsable por la gestión documental de las actividades realizadas durante la ejecución del Contrato.<br><br>✓ Ejecutar el objeto del contrato con calidad, oportunidad y eficiencia<br><br>✓ El contratista debe custodiar y a la terminación del |



CENAC USAQUEN

**Scanned with CamScanner**

| | |
|---|---|
| | presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato.<br><br>✓ El contratista autoriza al MDN – EJÉRCITO NACIONAL a realizar los estudios de seguridad, comprobación de lealtad, realización de los exámenes de poligrafía y pruebas sicométricas antes y durante la contratación.<br><br>✓ Las demás obligaciones establecidas en el estudio previo, documento que el contratista declara conocer, y que hace parte del presente contrato.<br><br>✓ Las demás obligaciones que se deriven del objeto contractual<br><br>✓ Las obligaciones legales que se deriven de los contratos estatales<br><br>**PARÁGRAFO PRIMERO:** Independencia del Contratista. El Contratista es independiente del Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, y en consecuencia, el Contratista no es su representante, agente o mandatario. El Contratista no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo. |
| **10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | - Consolidación riesgos segundo trimestre.<br>- Consolidación IGPA segundo trimestre.<br>- Revista formal total ESCOM<br>- Seguimiento Plan de Mejoramiento CEIGE<br>- Capacitaciones cuyas actas reposan en la oficina de Control Interno del Cemil |
| **11. CONSTANCIAS** | Dejo constancia que durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas |



**Scanned with CamScanner**

| | |
|---|---|
| | en el contrato.<br>Así mismo, tanto el/la suscrito/a y el Ministerio de Defensa-Ejército Nacional-Central Administrativa y Contable Usaquén ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato. |

Para constancia se firma en Bogotá D.C., JULIO de 2018

**CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA**
**C.C. 1.032.419.686 DE BOGOTÁ**

CENAC USAQUEN



**Scanned with CamScanner**

Bogotá, D.C.,

Señores
**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- EJÉRCITO NACIONAL- CENTRAL ADMINISTATIVA Y CONTABLE USAQUEN**
Bogotá D.C.

**ASUNTO:** Retención en la Fuente Contratos de Prestación de Servicios Técnicos y/o Profesionales aplicando la ley 1450 de 2011 artículo 173, decreto 3590 del 28 de septiembre de 2011.

Mediante el presente documento CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO que tengo vigente los siguientes contratos de prestación de Servicios Técnicos y/o Profesionales, así:

| No. CONTRATO | ENTIDAD CONTRANTANTE | OBJETO | PLAZO DE EJECUCION | VALOR MENSUALES | No. De planilla de aportes |
|---|---|---|---|---|---|
| 308 -2018. | CENAC USAQUÉN | COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS CAPACITANDO al CENTRO DE EDUCACION MILITAR | 11 MESES | $3.185.000 | 347403077 |

Teniendo en cuenta la anterior información me permito solicitar aplicar la retención en la Fuente establecida en la Ley 1607 de 2012, Decreto 1070 de 2013.

Atentamente,

**CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA**
**C.C. 1.032.419.686 de Bogotá D.C.**

Scanned with CamScanner

# ANEXO H
# MODELO DATOS GENERALES

Bogotá D.C 2018

Señores
**EJÉRCITO NACIONAL**
Bogotá D.C

Quien suscribe: CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA, mayor de edad, de nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.032.419.686, actuando en nombre propio.

## Declaro:

Bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

| 1. Datos Básicos | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre y Apellidos: | CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA | | | | Edad: | 29 |
| No. Documento: | 1.032.419.686 | Dirección: | DIAG 107 #6-90 | | Ciudad: | BOGOTÁ |
| Teléfono fijo: | 3927886 | Celular: | 3173654161. | Email: | Carito.sepulveda1@hotmail.com | |
| Nivel de escolaridad: (Ultimo Grado Cursado) | Pregrado | Pregrado: | ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS | | Postgrado: | |
| Cuenta Bancaria No.: | 400219846 | Tipo: | AHORROS | Entidad y Sucursal: | | BBVA Hda Sta Barbara |

| 2. Datos Familiares | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Estado Civil:** | **CASADA** | | | **No. de hijos:** | **2** |
| **Nombres de los hijos:** | | | | **Identificación:** | |
| **Maria Camila Cuellar Sepúlveda** | | | | **1027211708** | |
| **Martín Cuellar Sepúlveda** | | | | **1027212108** | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Nombre y Apellidos: Cónyuge o Compañero Permanente | Julian Andrés Cuellar Huaca | | | | |
| No. Documento: | 1032395630 | Dirección: | Diag 107 #6-90 | Ciudad: | BOG |
| Teléfono fijo: | 3927886 | Celular: | 3173654161 | Email: | Carito.sepulveda1@hotmail.com |
| Labora en una Entidad : | | Nombre de la Entidad: | | | |
| Publica X Privada | | EJERCITO NACIONAL | | | |
| Es militar o civil : vinculado bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa | SI X NO | Entidad: | EJERCITO NACIONAL | | |
| Otros familiares: vinculados bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa | SI X NO | Grado de Consanguinidad: | PADRE | | |
| | | Cargo que desempeña: | COMANDANTE VII DIV | | |

| 3. Experiencia laboral | | |
|---|---|---|
| Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma del SIGEP | | |
| **Entidad:** | **Tipo de contrato:** | **Duración:** |
| **CTO 208 DE 2017 CENAC-USAQUEN** | **Prestación de servicio** | **11 meses** |

| 4. Otros Contratos | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (Laboral, obra- mano-labor, aprendizaje, ocasional de trabajo, otro.) | | | | | |
| **Entidad** | **Tipo de contrato** | **No. De contrato** | **Objeto** | **Plazo** | **Vlr. Total contratado** |
| | | | | | |

| 5. Contratos Vigentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad** | **Tipo de contrato** | **No. De contrato** | **Objeto** | **Plazo** | **Vlr. Total** |

Scanned with CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **contratado** |
| | | | | | |
| | | | | | |

| **6. Datos Generales** | | |
|---|---|---|
| **Pertenezco al régimen tributario** | Simple | Común: |
| **Régimen de excepción:** Pertenece a regímenes de excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de la protección social – Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esa Entidad. | | **X** **Aplica No Aplica** |
| **Pago de pensión:** El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 00 32 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 s e encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción qu e aplique) | | **X** **Aplica No Aplica** |

1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o m ás, si se es hombre ____.

2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sec tor público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepci ón no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y r ehabilitación por parte del Instituto) _____. (Adjuntar acto administrativo)

3. Por tener derecho a pensión de vejez_____.

| **7. Reserva Activa** | | | |
|---|---|---|---|
| **Hace parte de la Reserva Activa** | SI | NO X | Indique causal de retiro: |
| Por solicitud propia | | | |
| Por cumplir dos (2) años en el Grado de General, Almirante o General del Aire | | | |
| Por llamamiento a calificar servicios. | | | |
| Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. | | | |
| Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. | | | |
| Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandono del servicio. | | | |
| Por incapacidad profesional | | | |
| Por retiro discrecional | | | |
| Por no superar el período de prueba | | | |
| Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva ac tiva | | | |
| Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asigna ción de retiro | | | |
| **Se ha afiliado a pensión:** | SI NO | **Entidad:** | **Fecha:** |

| **8. Inhabilidades e incompatibilidades** | | |
|---|---|---|
| Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal | SI NO X | Causal: |

FIRMA:
CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA.
C.C. 1.032.419.686 DE BOGOTÁ.

Scanned with CamScanner

## CUENTA DE COBRO No. 006

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4°. DEL DECRETO REGLAMENTARIO 380/96 DE LA LEY 223/95 SOBRE COMPRAS A PERSONAS QUE PERTENECEN AL REGIMEN SIMPLIFICADO

FECHA: **JULIO de 2018**

Yo, **CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA** identificado con la cedula de ciudadanía: **1.032.419.686 DE BOGOTÁ.**

Manifiesto que la empresa: **El M.D.N.- EJÉRCITO NACIONAL- CENAC USAQUEN, NIT: 800-131-070-1**

Me adeuda la suma de:

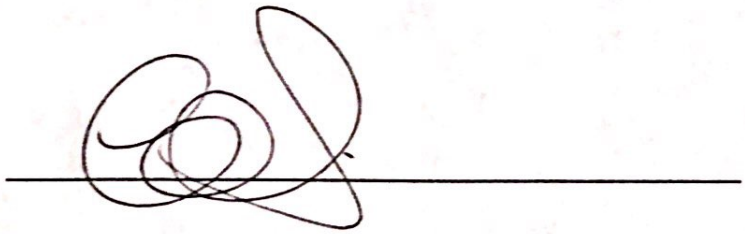
**TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($ 3.185.000).**

Por concepto de:

**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO:** ADMINISTRADOR DE EMPRESAS capacitando al CENTRO DE EDUCACION MILITAR .
**PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO DE 2018**

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo con el Art. 42 del Decreto 3541 de 1983 y Art. 511 del Estatuto Tributario, no estoy obligado a expedir factura de venta.

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos: | **CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA** |
| Identificación: | **1.032.419.686 DE BOGOTÁ.** |
| Lugar de Residencia: | **DIAG 107 #6-90** |
| Teléfono : | **3173654161.** |
| Cuenta de Ahorros | **400219846 BBVA.** |

Firma: 

Scanned with CamScanner

FECHA: JULIO DE 2018

Señor Teniente Coronel
JUAN MAURICIO ALVAREZ SARMIENTO
Ordenador del Gasto
Gn-

Ref: CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS COMO EMPLEADO

Yo CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA identificado con Cedula de Ciudadanía 1.032.419.686, expedida en BOGOTÁ, me permito manifestarle lo siguiente bajo la gravedad de juramento:

| CATEGORIA TRIBUTARIA DE EMPLEADO | SI | NO |
|---|---|---|
| Ser residente del País | x | |
| Para la prestación de servicios con el empleador Ejército Nacional requiero la utilización de materiales o equipos especializados. | | x |
| Mis ingresos provienen en un 80% o más de la prestación de servicios de manera personal o vinculación laboral directa con mi empleador Ejército Nacional. | x | |

| INFORMACIÓN ADICIONAL: | SI | NO |
|---|---|---|
| Estoy obligado a presentar Declaración de Renta por el año gravable inmediatamente anterior | | X |
| Mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 4,073 UVT. | | X |

El valor de los aportes obligatorios del Sistema de Seguridad Social corresponde al 40% del valor de Contrato.

La deducción de la base de retención por concepto de interés de vivienda o Leasing Habitacional no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con el mismo bien inmueble. Anexar Pago

Pago de medicina pre pagada del trabajador. Anexar Pago

Personas Dependientes: Menores de edad, discapacidad certificada por el Instituto Nacional de Medicina Legal ó Empresa Administradora de Salud.

La deducción de la base de retención no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con el mismo dependiente y será hasta una persona por grupo familiar. Anexar registro civil.
La deducción de la base de retención por concepto de Interés de Vivienda o Leasing Habitacional no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con el mismo bien inmueble. Anexar pago

Por Favor tener en Cuenta:

Cuando la información se entregue de manera extemporánea, el pagador solamente la tendrá en cuenta para efecto del cálculo de la retención en la fuente aplicable a los pagos o a bonos en cuenta que se efectúen con posterioridad a la actualización de la información. No se podrán modificar ni ajustar las retenciones en la fuente practicadas o que hayan debido practicarse con anterioridad a la entrega de la información.

Este Documento será solicitado la primera vez para revisión, si cambia alguno de los anteriores puntos debe informar al Ordenador del Gasto para modificar su Base Gravable.

NOMBRE: CAROLINA SEPULVEDA PORTELA
CEDULA N°. 1.032.419.686 DE BOGOTÁ

Scanned with CamScanner

# ANEXO G
# DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF**

**CIUDAD:** BOGOTA D.C. **FECHA:** JULIO 2018.

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF – Nación

**I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURIDICA (Beneficiario)**

**Nombre o Razón Social:** CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA

Tipo Documento de Identificación:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cedula de Ciudadanía: | X | No. 1.032.419.686 | |
| Cedula Extranjería: | | No. | |
| Nit Persona Jurídica: | | No. | |
| Nit Persona Natural: | X | No. 1.032.419.686 | |
| Otro Tipo de Documento | | No. | ¿Cuál? |
| Pasaporte: | | No. | |
| Tarjeta de Identidad | | No. | |

Dirección: DIAGONAL 107#6-90 Teléfono: 3173654161.
E- mail: carito.sepulveda1@hotmail.com Fax: _____
Departamento: CUNDINAMARCA Ciudad: BOGOTA D.C. Municipio: _____
Denominación de la cuenta: Corriente _____ De Ahorros: X

**NOTA 1:** Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.

**II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:**

Entidad Financiera: **BBVA** Código: _____
Sucursal: **Hda Santa Barbara** Ciudad: **Bogotá**
Dirección: Teléfono: _____ Fax: _____
Número de la Cuenta: **400219846 AHORROS**

**NOTA 2**: Adjuntar Original de la Certificación Bancaria, indicando que la cuenta está activa y vigente. Asimismo se debe verificar que su expedición no sea mayor a treinta días.

El Beneficiario debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria

**FIRMA**
**NOMBRE: CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA**
**IDENTIFICACIÓN: 1.032.419.686 DE BOGOTÁ.**



Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C.,

Señores
**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- EJÉRCITO NACIONAL- CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN**
Bogotá D.C.

**ASUNTO:** Aplicación del Decreto 2271 articulo 4to.

Mediante el presente documento CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención:

| No. CONTRATO | ENTIDAD CONTRANTANTE | OBJETO | PLAZO DE EJECUCION | VALOR MENSUALES | No. De planilla de aportes |
|---|---|---|---|---|---|
| 2018-CENAC USAQUÉN - 308 | CENAC USAQUÉN | ADMINISTRADOR DE EMPRESAS para capacitar al CENTRO DE EDUCACION MILITAR . | 11 meses | $3.185.000 | 347403077 |

Teniendo en cuenta la anterior información me permito solicitar aplicar el Decreto 2271 "***ARTÍCULO 4°. Disminución de la base para trabajadores independientes.*** El monto total del aporte que el trabajador independiente debe efectuar al Sistema General de Seguridad Social en Salud es deducible. En este caso, la base de retención en la fuente al momento del pago o abono en cuenta, se disminuirá con el valor total del aporte obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud realizado por el independiente, que corresponda al periodo que origina el pago y de manera proporcional a cada contrato en los casos en que hubiere lugar. En tal sentido, no se podrá disminuir la base por aportes efectuados en contratos diferentes al que origina el respectivo pago y el monto a deducir no podrá exceder el valor de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que le corresponda efectuar al independiente por dicho contrato.

Parágrafo 1°. Para los efectos previstos en el presente artículo, el trabajador independiente deberá adjuntar a su factura, documento equivalente o a la cuenta de cobro, si a ello hubiere lugar, un escrito dirigido al agente retenedor en el cual certifique bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. En el caso de que su cotización alcance el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por la totalidad de sus ingresos por el respectivo periodo de cotización deberá dejar expresamente consignada esta situación.

Parágrafo 2°. Los agentes retenedores serán responsables por las sumas deducidas en exceso provenientes de aportes diferentes al contrato que origina el pago o abono en cuenta sujeto a retención.

Atentamente,

**CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA**
**C.C. 1.032.419.686 DE BOGOTÁ.**

Scanned with CamScanner

Cuenta de Cobro para la aplicación de la retencion del Art. 383 del E.T

**Cuenta de cobro N. 006**

**EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA**
**CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN**
**CEMIL**

**NIT. 800131070-1**
**DEBE A**

| | |
|---|---|
| Nombre del Contratista | CAROLINA SEPULVEDA PORTELA |
| Correo electrónico | [redacted] |
| RUT | [redacted] |
| Teléfono/ Teléfono Celular | [redacted] |

| CONCEPTO | FECHA DE INICIO MENSUAL (DD/MM/AA) | FECHA DE TERMINACION MENSUAL (DD/MM/AA) | VALOR INGRESO ANTES DE IVA | IVA REGIMEN COMUN | TOTAL SERVICIOS |
|---|---|---|---|---|---|
| COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS CAPACITANDO al CENTRO DE EDUCACION MILITAR | 1/07/18 | 31/07/18 | $ 3.185.000 | $ 0 | $ 3.185.000 |
| | | | | $ 0 | $ 0 |
| | | TOTALES | $ 3.185.000 | 0% | $ 3.185.000 |

| Anexos Cuenta de Cobro<br>DOCUMENTO<br>DOCUMENTOS PRIMER PAGO | SI | NO |
|---|---|---|
| Datos básicos beneficiarios cuenta SIIF | | |
| Copia certificación bancaria no mayor a 90 dias | | |
| Copia CDP | | |
| Copia contrato | | |
| Copia acta de aprobacion de poliza garantia unica del contrato | | |
| Copia de poliza de seguro de cumplimiento | | |
| Comprobantes planilla y colillas de pago salud, pension y ARL | | |
| Copia carnet ARL | | |
| Certificacion de afiliacion a ARL | | |
| Formato cuenta de cobro para regimen simplificado | | |
| Formato certificacion de cumplimiento de requisitos como empleado | | |
| Formato cuenta de cobro para regimen simplificado | | |
| Formato informe de supervision | | |
| Formato informe de gestion | | |
| Copia formato de compromiso de confidencialidad | | |
| Copia del RUT | | |
| Formato modelo datos generales | | |
| Documento soporte aplicación del Decreto 2271 Articulo 4 | | |
| Declaración juramentada contratos de prestación de Servicios Técnicos y/o Profesionales vigentes | | |
| Solicitud Aportes fondo de pensiones voluntarias | | |
| Medicina Prepagada año 2.016 | | |
| Interes de Vivienda año 2.016 | | |
| Dependientes | | |
| **DOCUMENTOS SIGUIENTES PAGOS** | | |
| Copia certificación bancaria no mayor a 90 dias | | |
| Comprobantes planilla y colillas de pago salud, pension y ARL | | |
| Formato cuenta de cobro para regimen simplificado | | |
| Formato certificacion de cumplimiento de requisitos como empleado | | |
| Formato informe de supervision | | |
| Formato informe de gestion | | |
| Formato modelo datos generales | | |
| Documento soporte aplicación del Decreto 2271 Articulo 4 | | |
| Declaración juramentada contratos de prestación de Servicios Técnicos y/o Profesionales vigentes | | |
| Solicitud Aportes fondo de pensiones voluntarias. | | |
| Medicina Prepagada año 2.016 | | |
| Interes de Vivienda año 2.016 | | |
| Dependientes | | |

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C.** 1032419686

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. Mis ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos. Aplicar retencion Art 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 2

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO | PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO | NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1032419089- | [illegible] sepulveda zuñiga | U C S D | | | 7 | 2018 | 7 | 2018 | 28366378 | PUBLICA / PRIVADA / MIXTA | PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE | 14-28 | 53 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| dg grnal 107 89-90 vergas 301 | BOGOTA D.C. | 11001 | BOGOTA D.C. | 11 | 5827886 | | carito.sepulveda147hotmail.com | 8211 | 0 | 1 | 2018/08/25 | 347409077 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LICENCIA MATERNIDAD No AUT | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702-2 | 159.300 | 0 | | 0 | | 0 | 159.300 | 0 | 0 | 0 | 159.300 | 0 | | 0 | 0 | 159.300 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25080 | 800250068-2 | 203.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 203.900 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-28 | 800256161-9 | 6.700 | | 0 | 0 | 6.700 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICACION SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 6.700 | 0 | 0 | 67 | 6.700 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

**NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE, LMA, IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 203.900 | 203.900 |
| SALUD | 159.300 | 159.300 |
| RIESGOS LABORALES | 6.700 | 6.700 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 369.900 | 369.900 |

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | | | | COTE PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTE SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1032419089 | SEPULVEDA PORTELA CAROLINA | EPS010 | 230901 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.274.000 | 1.274.000 | 0 | 1.274.000 | 0 | | | 203.900 | 0 | 0 | 152.300 | 0 |



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

Scanned with CamScanner