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

Cuenta de cobro N. 003

EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN
CEMIL

NIT. 800131070-1
DEBE A

Nombre del Contratista	DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ
Correo electrónico	ING_DIEGONEIRA1986@HOTMAIL.COM
RUT	14373264450
Teléfono/ Teléfono Celular:	3103104353

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
CONTRATAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR PLATAFORMA BLACKBOARD	4/1/2019	4/30/2019	$ 3,200,000	$ 0	$ 3,200,000
				$ 0	$ 0
		TOTALES	$ 3,200,000	0%	$ 3,200,000

Anexos Cuenta de Cobro		
DOCUMENTO	SI	NO
DOCUMENTOS PRIMER PAGO		
Datos básicos beneficiarios cuenta SIIF		
Copia certificación bancaria no mayor a 90 dias		
Copia CDP		
Copia contrato		
Copia acta de aprobacion de poliza gararntia 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 Artículo 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	X	
Comprobantes planilla y colillas de pago salud, pension y ARL	X	
Formato cuenta de cobro para regimen simplificado	X	
Formato certificacion de cumplimiento de requisitos como empleado	X	
Formato informe de supervision	X	
Formato informe de gestion	X	
Formato modelo datos generales	X	
Documento soporte aplicación del Decreto 2271 Artículo 4	X	
Declaración juramentada contratos de prestación de Servicios Técnicos y/o Profesionales vigentes	X	
Solicitud Aportes fondo de pensiones voluntarias.		X
Medicina Prepagada año 2.016		X
Interes de Vivienda año 2.016		X
Dependientes		X

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C. 1072641965

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Articulo 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

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1072641965		NEIRA HERNANDEZ DIEGO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ing_diegoneira1986@hotmail.com	CHIA-CUNDINAMARCA	3103104353

Clave: 8489849825

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2019/04/15	0	$0	$371,500

Periodo Pensión: 2019-03 **Periodo Salud: 2019-03**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$204,800
PROTECCION		1	$204,800
ARL	1	1	$6,700
ARL SURA		1	$6,700
EPS	1	1	$160,000
SANITAS		1	$160,000
SUBTOTAL			$371,500
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$371,500

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1'000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072641965		NEIRA HERNANDEZ DIEGO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14E N 10 - 11	CHIA-CUNDINAMARCA	8616525	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-03	2019-03		8489849825	I	2019/04/15			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0		$371,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0		$371,500
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0		$371,500
1	CC	1072641965	NEIRA DIEGO																		230201	30	$1,280,000	$204,800	EPS005	30	$1,280,000	$160,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,280,000	$6,700	0	$0	$0	No	$371,500
Total			**Afiliados(1)**																				$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0		$371,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072641965		NEIRA HERNANDEZ DIEGO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14E N 10 - 11	CHIA-CUNDINAMARCA	8616525	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-03	2019-03		8489849825	I	2019/04/15			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,800	$0	$0	$204,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$204,800	$0	$0	$204,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,700	$0	$0	$6,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,700	$0	$0	$6,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$160,000	$0	$0	$160,000
TOTAL				**1**	**$371,500**	**$0**	**$0**	**$371,500**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072641965		NEIRA HERNANDEZ DIEGO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14E N 10 - 11	CHIA-CUNDINAMARCA	8616525	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-03	2019-03	06337032	8489849825	I	2019/04/15	2019/04/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$371,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,800	$0	$0	$204,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$204,800	$0	$0	$204,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,700	$0	$0	$6,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,700	$0	$0	$6,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$160,000	$0	$0	$160,000
TOTAL				1	$371,500	$0	$0	$371,500

2019/04/01 09:38 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072641965		NEIRA HERNANDEZ DIEGO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14E N 10 - 11	CHIA-CUNDINAMARCA	8616525	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-03	2019-03	06337032	8489849825	I	2019/04/15	2019/04/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$371,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0
1	CC	1072641965	NEIRA DIEGO	230201	30	$1,280,000	$204,800	EPS005	30	$1,280,000	$160,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,280,000	$6,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0

CUENTA DE COBRO No. 003

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

FECHA: **Abril del 2019**

Yo **DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ** identificado con la cedula de ciudadanía: **1.072.641.965 de CHIA.**

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

Me adeuda la suma de:

TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.200.000)

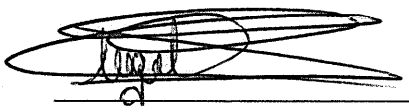
Por concepto de:

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO: ADMINISTRADOR PLATAFORMA BLACKBOARD

PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL DE 2019

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:	**DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ**
Identificación:	**1.072.641.965 DE CHIA**
Lugar de Residencia:	**CRA 14 E No 10 – 11 CHIA, CUNDINAMARCA**
Teléfono :	**310 3104353**
Cuenta de Ahorros	**054-25497334**

Firma: 

FECHA: Abril de 2019

Señor Coronel
ANTOLINI CANO ARANGO
Ordenador del Gasto
Gn-

Ref: CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS COMO EMPLEADO

Yo DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ identificado con Cedula de Ciudadanía 1.072.641.965, expedida en Chía, 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		
Mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 4,073 UVT.		

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

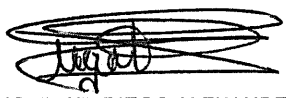
Personas Dependientes: Menores de edad, discapacidad certificada por el Instituto Nacional de Medicina Legal ó Empresa Administradora de Salud.

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: DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ
CEDULA N°. 1.072.641.965 DE CHIA

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN
CEMIL

INFORME DE SUPERVISIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL [X] TOTAL [ ]

No. 003

Bogotá D.C. (Cundinamarca),

1. CONTRATISTA	DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ 1072641965 Colombiana Cra. 14 E N 10. 11 CASA 3, Chía 310 3104353 ing_diegoneira1986@hotmail.com
2. SUPERVISOR	MY. VICTOR ACOSTA RIVERA No. 064 de 08 de Febrero de 2019 Oficial Educación Continuada
3. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. 104 FEBRERO 08 DEL 2019
4. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	No. 2295407–7 Entidad que expide la póliza **Sudamericana** Fecha del certificado de aprobación de la póliza **18 Febrero de 2019** Aprobado por CR. ANTOLINI CANO ARANGO
5. CRP	CDP 3119 **08 FEBRERO 2019** CRP 9719 **12 FEBRERO 2019** Unidad/Sub-unidad ejecutora **15-01-03** Dependencia **043 CENAC USAQUÉN** Posición catálogo de gasto 02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN Fuente NACIÓN Recurso 10 Valor 35.200.000

6. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	**FEBRERO 8 DEL 2019**
7. PLAZO DE EJECUCIÓN	11 MESES
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR PLATAFORMA BLACKBOARD
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Asesorar a los docentes y estudiantes de los diferentes cursos en el manejo de las herramientas virtuales. 2. Revisar a nivel educativo y pedagógico el material educativo de las aulas virtuales. 3. Promover la utilización de la plataforma virtual en los diferentes procesos académicos de la institución. 4. Fortalecer los programas con el manejo uso de las TIC. 5. Contribuir al mejoramiento curricular de los programas académicos con la implementación de la plataforma educativa. 6. Apoyar al Director, Inspector de estudios, Jede de Educación Superior Militar y Jefe de Educación Superior Complementaria en el desarrollo de propuestas educativas que contribuyan al fortalecimiento de la Institución. 7. Elaborar los demás informes y documentación que sean afines a su cargo. 8. Cumplir las demás funciones asignadas por el superior inmediato, según naturaleza del cargo. 9. Capacitar a los administradores de las diferentes escuelas. 10. Elaborar el informe de revisión de notas de los cursos finalizados en las escuelas orgánicas del CEMIL 11. Elaborar documentos propios de la sección de Control, Seguimiento y Evaluación. 12. Realizar, mantener y responder por el archivo de la oficina evaluación y estadística. 13. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución del contrato. 14. Participar en todas las actividades programadas por la Unidad 15. Elaborar el Informe mensual e Informe Final de Gestión consignando el cumplimiento de las obligaciones y el objeto contractual acorde a formato respectivo. 16. Cumplir ampliamente con idoneidad el objeto del contrato. 17. Guardar absoluta reserva de la Información que en desarrollo del contrato llegue a conocer. 18. Garantizar su afiliación al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL y demostrar mensualmente que está al día en los pagos presentado los recibos de pago. 19. Cumplimiento al objeto del contrato con plena autonomía y en coordinación con el supervisor designado. 20. Cumplir las demás funciones asignadas por el superior inmediato, según naturaleza del cargo.

<table>
<tr><td></td><td>21. El contratista autoriza al MDN-EJERCITO NACIONAL a realizar los estudios de seguridad, comprobación de lealtad, realización de los exámenes de poligrafía y pruebas psicométricas antes y durante la contratación.</td></tr>
<tr><td>1. PERIODO DEL INFORME</td><td>1-ABRIL-2019 AL 30-ABRIL-2019</td></tr>
<tr><td>2. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES</td><td>3. Se realiza el desarrollo en la blackboard los exámenes de ascenso de las distintas Escuelas y tipos de Ascenso C3-CS-SV-SP-CP-SS.
4. Se realizan diferentes trabajos de presentaciones por solicitud del inspector de estudios.
5. Se elaboran los informes y la documentación necesaria de los resultados de los distintos exámenes de ascenso.
6. Capacitación de administradores de la Escuelas
7. Se sube material requerido en la página web del CEMIL
8. CEMIL en cifras
9. Cursos virtuales y apoyo Educación Continuada
10. Asesoría – inscripción y cargue material Plataforma blackboard
11. Envío Actividades
12. Exámenes varios Plataforma Blackboard
https://drive.google.com/open?id=1HX8m4AvEqi5V_Tzh3dvhB7BeDE4are0AH6NASCkAbDI (ACTIVIDADES POR DETALLE)</td></tr>
<tr><td>1. VALOR DEL CONTRATO</td><td>Valor total $ 35.200.000
Valor autorizado a pagar $ 3.200.000</td></tr>
<tr><td>2. CUMPLIMIENTO PAGO SEGURIDAD SOCIAL</td><td><table><tr><th>Obligación</th><th>Entidad</th><th>Vlr. Pago</th></tr><tr><td>PENSIÓN</td><td>PROTECCIÓN</td><td>$204.800</td></tr><tr><td>SALUD</td><td>SANITAS</td><td>$160.000</td></tr><tr><td>ARL</td><td>SURA</td><td>$6.700</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>3. DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL INFORME</td><td>✓ Informe de gestión sobre el cumplimiento del objeto contractual, firmado por el CONTRATISTA y el recibido a satisfacción del supervisor del contrato, de acuerdo al formato establecido.
✓ Copia discriminada de los soportes de pago de los aportes mensuales obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, sobre un Ingreso Base de Cotización del 40 % del valor mensual del contrato, con aporte del 16% en pensiones y el 12,5 % en salud. El soporte de pago del aporte mensual obligatorio al Sistema General de Riesgos Laborales, conforme lo establece la</td></tr>
</table>

	normatividad legal vigente y de acuerdo a la afiliación efectuada a la A.R.L. Formato anexo "3" Datos Generales (para el primer pago) ✓ El personal de oficiales y suboficiales en uso de buen retiro deben hacer los respectivos aportes a pensión, salvo las excepciones de ley (mayores de 55 años). ✓ Formulario afiliación a ARL (para el primer pago) ✓ Cuenta de cobro ✓ Nota contable o factura si aplica ✓ Documento soporte aplicación del Decreto 2271 artículo 4 ✓ Declaración juramentada contratos de prestación de Servicios Técnicos y/o Profesionales vigentes ✓ Para efectos de deducciones en la base de retención en la fuente si aplica, se debe anexar si se tienen dependientes copia del registro civil de los menores de 18 años o para menores de 21 si se encuentran estudiando documento expedido por la respectiva institución educativa donde certifique que actualmente se encuentra cursando estudios y el valor que se está cancelando. De igual forma si se hicieron aportes a medicina prepagada el año inmediatamente anterior se debe anexar copia del recibo de pago de la misma. Si se tiene crédito hipotecario certificación de intereses pagados el año inmediatamente anterior.
4. CONSTANCIAS	En el presente informe se deja constancia que el/la contratista cumplió con las obligaciones contractuales y legales reguladas para este tipo de contrato y como consecuencia se recibe a satisfacción de forma **PARCIAL** **TOTAL** Así mismo se deja constancia que durante la ejecución del contrato no se han configurado los presupuestos legales que regulan el contrato laboral.
5. RECOMENDACIONES	

6. CONCLUSIONES	Cumple con la totalidad de las actividades asignadas

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los Días de Abril del 2019

MY VICTOR ACOSTA RIVERA
C.C 80.035.014
Oficial Educación Continuada Centro de Educación Militar

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN
CEMIL

INFORME DE GESTIÓN No. 003

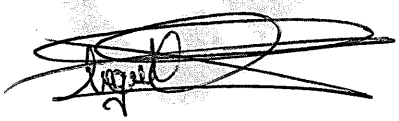
Bogotá D.C. (Cundinamarca),

1. No. DEL CONTRATO	No. 104
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	FEBRERO 08 DEL 2019
3. PÓLIZA DE SEGUROS	No. 2295407–7 Entidad que expide la póliza **Sudamericana** Fecha del certificado de aprobación de la póliza **18 Febrero de 2019**
4. CRP	No. **CRP 9719 Fecha Expedición 12 FEBRERO-2019** Unidad/Sub-unidad ejecutora CENAC USAQUEN Dependencia ADMINISTRATIVA Y CONTABLE - USAQUEN Posición catálogo de gasto 02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN Fuente NACIÓN Recurso 10 Valor 35.200.000
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	**FEBRERO 8 DEL 2019**
6. CONTRATISTA	DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ 1072641965 Colombiana Cra. 14 E N 10. 11 CASA 3, Chía 310 3104353

	ing_diegoneira1986@hotmail.com
7. SUPERVISOR	MY. VICTOR ACOSTA RIVERA No. 064 de 08 de Febrero de 2019 Oficial Educación Continuada
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR PLATAFORMA BLACKBOARD
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Asesorar a los docentes y estudiantes de los diferentes cursos en el manejo de las herramientas virtuales. 2. Revisar a nivel educativo y pedagógico el material educativo de las aulas virtuales. 3. Promover la utilización de la plataforma virtual en los diferentes procesos académicos de la institución. 4. Fortalecer los programas con el manejo uso de las TIC. 5. Contribuir al mejoramiento curricular de los programas académicos con la implementación de la plataforma educativa. 6. Apoyar al Director, Inspector de estudios, Jede de Educación Superior Militar y Jefe de Educación Superior Complementaria en el desarrollo de propuestas educativas que contribuyan al fortalecimiento de la Institución. 7. Elaborar los demás informes y documentación que sean afines a su cargo. 8. Cumplir las demás funciones asignadas por el superior inmediato, según naturaleza del cargo. 9. Capacitar a los administradores de las diferentes escuelas. 10. Elaborar el informe de revisión de notas de los cursos finalizados en las escuelas orgánicas del CEMIL 11. Elaborar documentos propios de la sección de Control, Seguimiento y Evaluación. 12. Realizar, mantener y responder por el archivo de la oficina evaluación y estadística. 13. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución del contrato. 14. Participar en todas las actividades programadas por la Unidad 15. Elaborar el Informe mensual e Informe Final de Gestión consignando el cumplimiento de las obligaciones y el objeto contractual acorde a formato respectivo. 16. Cumplir ampliamente con idoneidad el objeto del contrato. 17. Guardar absoluta reserva de la Información que en desarrollo del contrato llegue a conocer. 18. Garantizar su afiliación al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL y demostrar mensualmente que está al día en los pagos presentado los recibos de pago. 19. Cumplimiento al objeto del contrato con plena autonomía y en coordinación con el supervisor designado. 20. Cumplir las demás funciones asignadas por el superior

	inmediato, según naturaleza del cargo. 21. El contratista autoriza al MDN-EJERCITO NACIONAL a realizar los estudios de seguridad, comprobación de lealtad, realización de los exámenes de poligrafía y pruebas psicométricas antes y durante la contratación.
1. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Se realiza el desarrollo en la blackboard los exámenes de ascenso de las distintas Escuelas y tipos de Ascenso C3-CS-SV-SP-CP-SS. 2. Se realizan diferentes trabajos de presentaciones por solicitud del inspector de estudios. 3. Se elaboran los informes y la documentación necesaria de los resultados de los distintos exámenes de ascenso. 4. Capacitación de administradores de la Escuelas 5. Se sube material requerido en la página web del CEMIL 6. CEMIL en cifras 7. Cursos virtuales y apoyo Educación Continuada 8. Asesoría – inscripción y cargue material Plataforma blackboard 9. Envío Actividades 10. Exámenes varios Plataforma Blackboard 11. https://drive.google.com/open?id=1HX8m4AvEqi5V_Tzh3dvhB7BeDE4are0AH6NASCkAbDI (ACTIVIDADES POR DETALLE)
12. 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 en el contrato. 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., Abril 2019



DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ
CC. 1.072.641.965 de chía.

ANEXO H
MODELO DATOS GENERALES

Bogotá D.C 2019

Señores
EJÉRCITO NACIONAL
Bogotá D.C

Quien suscribe: DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ, mayor de edad, de nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con cédula de ciudadanía No.1.072.641.965, 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:	DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ					Edad:	32 AÑOS
No. Documento:	1072641965	Dirección:	CRA 14 E No 10 - 11			Ciudad:	CHIA
Teléfono fijo:	8616525	Celular:	3103104353		Email:	ING_DIEGONEIRA1986@HOTMAIL.COM	
Nivel de escolaridad: (Ultimo Grado Cursado)	PROFESIONAL	Pregrado:			Postgrado:		
Cuenta Bancaria No.:	457570049074	Tipo:	AHORROS		Entidad y Sucursal:	DAVIVIENDA	

2. Datos Familiares					
Estado Civil:	UNION LIBRE			**No. de hijos:**	1
Nombres de los hijos:				**Identificación:**	
JUAN SEBASTIAN NEIRA BARRERA					
Nombre y Apellidos: Cónyuge o Compañero Permanente	JENNY PAOLA BARRERA GARZON				
No. Documento:	1013579720	Dirección:	CRA 14 E No 10 -11	Ciudad:	CHIA
Teléfono fijo:		Celular:	314446716	Email:	
Labora en una Entidad :FINANCIERA		Nombre de la Entidad: SOLUCIONES EN RED SAS			
Publica Privada		PRIVADA			
Es militar o civil : vinculado bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa	SI NO	Entidad:			
Otros familiares: vinculados bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa	SI NO	Grado de Consanguinidad:			
		Cargo que desempeña:			

3. Experiencia laboral		
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma del SIGEP		
Entidad:	**Tipo de contrato:**	**Duración:**
INMACULADA GUADALUPE	INDEFINIDO	11 AÑOS
SOLUCIONES EN RED SAS	INDEFINIDO	4 AÑOS

CENTRO DE EDUCACIÓN MILITAR	DEFINIDO	2 AÑOS Y MEDIO

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 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.	Aplica No Aplica
Pago de pensión: El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique)	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 más, si se es hombre _____.

2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación 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	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 activa			
Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación 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	Causal:

FIRMA:

NOMBRE: DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ

C. C.: 1.072.641.965

Bogotá, D.C., Abril 2019

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

ASUNTO: Aplicación del Decreto 2271 artículo 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
CD-104-CENAC USAQUÉN-2019	CENAC USAQUÉN	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR PLATAFORMA BLACKBOARD.	11 MESES	$3.200.000	8489849825

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,



DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ
C.C. 1.072.641.965 de Chía

Bogotá, D.C., Abril de 2019

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
CD-104-CENAC USAQUÉN-2019	CENAC USAQUÉN	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR PLATAFORMA BLACKBOARD.	11 MESES	$3.200.000	8489849825

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,

DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ
C.C. 1.072.641.965 de Chía

ANEXO G
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

CIUDAD: Bogotá **FECHA:** ABRIL de 2019

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: DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ

Tipo Documento de Identificación:

Cedula de Ciudadanía:	X	No. 1.072.641.965	
Cedula Extranjería:		No.	
Nit Persona Jurídica:		No.	
Nit Persona Natural:		No.	
Otro Tipo de Documento		No.	Cuál?
Pasaporte :		No.	
Tarjeta de Identidad		No.	

Dirección: CRA 14 E No 10 – 11 Teléfono: 3103104353
E- mail: ING_DIEGONEIRA1986@HOTMAIL.COM Fax: _____
Departamento: CUNDINAMARCA Ciudad: BOGOTA Municipio: CHIA
Denominación de la cuenta: Corriente _____ De Ahorros: X

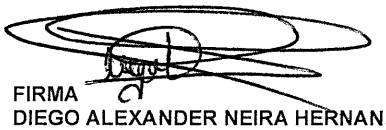
NOTA 1: Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.

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

Entidad Financiera: DAVIVIENDA Código: _____
Sucursal: CHIA-CUNDINAMARCA Ciudad: CHIA
Dirección: _____ Teléfono: 6372206 Fax: _____
Número de la Cuenta: 457570049074

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
DIEGO ALEXANDER NEIRA HERNANDEZ
C.C 1.072.641.965