

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                                  |                    |                               |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                        |
| CC                  | 1032419686        | carolina sepulveda portela |        | diagonal 107 #6-90<br>vargas 301 | 3927886            | carito.sepulveda1@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                     | CIUDAD / MUNICIPIO |                               |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.                     | BOGOTÁ, D.C.       |                               |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |               |                             |                 |                      |
|----------------------|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD             |
|                      |                                      |               |                             |                 | EMPLEADOS    UPC     |
|                      |                                      |               |                             |                 | 1                  0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                    |               |                             |                 | TOTAL A PAGAR        |
| 2019-02              | 2019-02                              | I             | 11/03/2019                  | 33084141        | \$382.000            |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 164.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 164.500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |            |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre     | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230901          | Old Mutual | 800253055-2 | 210.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 210.600       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 6.900                  |                  |       |                        | 6.900                 | 0         | 0                     | 6.900               |                            |                     | 69                | 6.900         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 164.500                             | 164.500       |
| Pensión                | 1                              | 210.600                             | 210.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 6.900                               | 6.900         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 382.000                             | 382.000       |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                            |        |                                  |                    |                                           |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                                    |
| CC                    | 1032419686         | carolina sepulveda portela |        | diagonal 107 #6-90<br>vargas 301 | 3927886            | carito.sepulveda1@hotmail.com             |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                            |        | BOGOTÁ D. C.                     | BOGOTÁ, D. C.      |                                           |
|                       |                    |                            |        |                                  |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|                       |                    |                            |        |                                  |                    | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                  |                             |                    |                        |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|
| PLANILLA<br>ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD               |
|                      |                                      |                  |                             |                    | EMPLADOS    UPC        |
|                      |                                      |                  |                             |                    | 1                    0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                    |                  |                             |                    | TOTAL A PAGAR          |
| 2019-02              | 2019-02                              | I                | 11/03/2019                  | 33084141           | \$382.000              |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |            |                 |           |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |                   |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                       |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|-----------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |            |                 |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                       |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | ING                   | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN | ISE | UMA     | UMA | UMA | UMA | UMA | UMA | UMA   | UMA | UMA | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 1032419686            | SEPULVEDA PORTELA CAROLINA | 59        | 0       |            |                 | N         |                       |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     | 230901            | 1.316.000 | 210.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.316.000 | 164.500               | 14-11    | 1.316.000 | 1               | 6.900      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA

## ANEXO G DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

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

CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: FEBRERO 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: CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA

Tipo Documento de Identificación:

|                        |                                     |                   |        |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------|
| Cedula de Ciudadanía:  | <input checked="" type="checkbox"/> | No. 1.032.419.686 |        |
| Cedula Extranjería:    | <input type="checkbox"/>            | No.               |        |
| Nit Persona Jurídica:  | <input type="checkbox"/>            | No.               |        |
| Nit Persona Natural:   | <input checked="" type="checkbox"/> | No. 1.032.419.686 |        |
| Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/>            | No.               | ¿Cuál? |
| Pasaporte:             | <input type="checkbox"/>            | No.               |        |
| Tarjeta de Identidad   | <input type="checkbox"/>            | 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.

Bogotá, D.C.,

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:

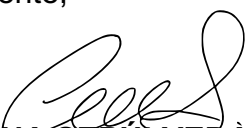
| No. CONTRATO | ENTIDAD CONTRATANTE | OBJETO                                                                            | PLAZO DE EJECUCION | VALOR MENSUALES | No. De planilla de aportes |
|--------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| 78 - 2019    | CENAC USAQUÉN       | CAPACITADORA DE CONTROL INTERNO PARA LAS ESCUELAS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MILITAR | 11 meses           | \$3.290.000     | 32295427                   |

Teniendo en cuenta la anterior información me permito solicitar aplicar el Decreto 2271 “**ARTÍCULO 4º. 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 1º. 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 2º. 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.**

FECHA: FEBRERO DE 2019

Señor Teniente Coronel  
ANTOLINI CANO ARANGO  
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.

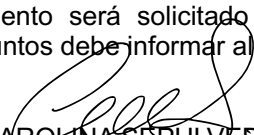
La deducción de la base de retención no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con el mismo dependiente y será hasta una persona por grupo familiar. Anexar registro civil.

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 SEPÚLVEDA PORTELA  
CEDULA N°. 1.032.419.686 DE BOGOTÁ

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

Cuenta de cobro N. 01

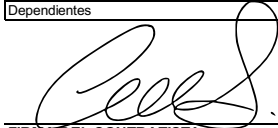
EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA  
CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN  
CEMIL

NIT. 800131070-1  
DEBE A

|                             |                                                                                |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Contratista      | CAROLINA SEPULVEDA PORTELA                                                     |
| Correo electrónico          | <a href="mailto:carlo.sepulveda1@hotmail.com">carlo.sepulveda1@hotmail.com</a> |
| RUT                         | 1.032.419.686-1                                                                |
| Teléfono/ Teléfono Celular: | 3173654161                                                                     |

| CONCEPTO                                                                                                        | FECHA DE INICIO<br>MENSUAL<br>(DD/MM/AA) | FECHA DE<br>TERMINACION<br>MENSUAL<br>(DD/MM/AA) | VALOR INGRESO<br>ANTES DE IVA | IVA REGIMEN<br>COMUN | TOTAL SERVICIOS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|
| SERVICIOS PROFESIONALES COMO CAPACITADORA DE CONTROL INTERNO<br>DE LAS ESCUELAS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MILITAR | 9/02/19                                  | 28/02/19                                         | \$ 3.290.000                  | \$ 0                 | \$ 3.290.000    |
|                                                                                                                 |                                          |                                                  |                               | \$ 0                 | \$ 0            |
| TOTALES                                                                                                         |                                          |                                                  | \$ 3.290.000                  | 0%                   | \$ 3.290.000    |

| Anexos Cuenta de Cobro                                                                           |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| DOCUMENTO                                                                                        | SI | NO |
| DOCUMENTOS PRIMER PAGO                                                                           |    |    |
| Datos básicos beneficiarios cuenta SIIF                                                          |    |    |
| Copia certificación bancaria no mayor a 90 días                                                  |    |    |
| Copia CDP                                                                                        |    |    |
| Copia contrato                                                                                   |    |    |
| Copia acta de aprobación de póliza garantía única del contrato                                   |    |    |
| Copia de póliza de seguro de cumplimiento                                                        |    |    |
| Comprobantes planilla y colillas de pago salud, pension y ARL                                    |    |    |
| Copia carnet ARL                                                                                 |    |    |
| Certificación de afiliación a ARL                                                                |    |    |
| Formato cuenta de cobro para régimen simplificado                                                |    |    |
| Formato certificación de cumplimiento de requisitos como empleado                                |    |    |
| Formato cuenta de cobro para régimen simplificado                                                |    |    |
| Formato informe de supervisión                                                                   |    |    |
| Formato informe de gestión                                                                       |    |    |
| 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 días                                                  |    |    |
| Comprobantes planilla y colillas de pago salud, pension y ARL                                    |    |    |
| Formato cuenta de cobro para régimen simplificado                                                |    |    |
| Formato certificación de cumplimiento de requisitos como empleado                                |    |    |
| Formato informe de supervisión                                                                   |    |    |
| Formato informe de gestión                                                                       |    |    |
| 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                                                                                     |    |    |

  
FIRMA DEL CONTRATISTA  
C.C. 1.032.419.686

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 retención Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

## CUENTA DE COBRO No. 01

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: **Febrero de 2019**

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 DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 3.290.000).**

Por concepto de:

**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO: CAPACITADORA DE CONTROL INTERNO EN LAS ESCUELAS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MILITAR  
PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO 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: | <b>CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA</b> |
| Identificación:      | <b>1.032.419.686 DE BOGOTÁ.</b>   |
| Lugar de Residencia: | <b>DIAG 107 #6-90</b>             |
| Teléfono :           | <b>3173654161.</b>                |
| Cuenta de Ahorros    | <b>400219846 BBVA.</b>            |

Firma:



---

## ANEXO H MODELO DATOS GENERALES

Bogotá D.C, Febrero de 2019

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:               | 30                            |
| 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:<br>(Ultimo Grado Cursado) | Posgrado                   | Pregrado:  | ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS | Postgrado:          | GERENCIA DE MERCADEO          |
| 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:<br>Cónyuge o Compañero<br>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 :<br>vinculado bajo cualquier<br>modalidad al Ministerio de<br>Defensa |            | SI X NO                     | Entidad:                    | EJERCITO NACIONAL |                               |
| Otros familiares:<br>vinculados bajo cualquier<br>modalidad al Ministerio de<br>Defensa   |            | SI X NO                     | Grado de<br>Consanguinidad: | PADRE             |                               |
|                                                                                           |            |                             | Cargo que<br>desempeña:     | COMANDANTE CCON 2 |                               |

| 3. Experiencia laboral                                                                                                   |                   |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
| Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma del SI GEP |                   |           |
| Entidad:                                                                                                                 | Tipo de contrato: | Duración: |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                               |               |                               |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------------|
| <b>CTO 208 DE 2017 CENAC-USAQUEN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         | <b>Prestación de servicio</b> |               | <b>11 meses</b>               |                              |
| <b>4. Otros Contratos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |                               |               |                               |                              |
| (Laboral, obra- mano-labor, aprendizaje, ocasional de trabajo, otro.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>Entidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Tipo de contrato</b> | <b>No. De contrato</b>        | <b>Objeto</b> | <b>Plazo</b>                  | <b>Vir. Total contratado</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>5. Contratos Vigentes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>Entidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Tipo de contrato</b> | <b>No. De contrato</b>        | <b>Objeto</b> | <b>Plazo</b>                  | <b>Vir. Total contratado</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>6. Datos Generales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>Pertenezco al régimen tributario</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         | Simple                        |               | Común:                        |                              |
| <b>Régimen de excepción:</b> 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<br><b>Aplica No Aplica</b> |
| <b>Pago de pensión:</b> 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |                               |               |                               | X<br><b>Aplica No Aplica</b> |
| 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 _____.<br>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)<br>3. Por tener derecho a pensión de vejez _____. |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>7. Reserva Activa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>Hace parte de la Reserva Activa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         | 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 activa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                               |               |                               |                              |
| Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                               |               |                               |                              |
| <b>Se ha afiliado a pensión:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         | SI NO                         |               | <b>Entidad:</b> <b>Fecha:</b> |                              |
| <b>8. Inhabilidades e incompatibilidades</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                               |               |                               |                              |
| 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.

Bogotá, D.C.,

Señores

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- EJÉRCITO NACIONAL- CENTRAL  
ADMINISTRATIVA 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 CONTRATANTE | OBJETO                                                                                 | PLAZO DE EJECUCION | VALOR MENSUALES | No. De planilla de aportes |
|--------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| 78 -2019     | CENAC USAQUÉN       | SERVICIOS PROFESIONALES COMO CAPACITADORA DE CONTROL INTERNO EN LAS ESCUELAS DEL CEMIL | 11 MESES           | \$3.290.000     | 32295427                   |

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.

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

**EJERCITO NACIONAL**



**CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN**

**INFORME DE GESTIÓN No. 002**

Bogotá D.C. (Cundinamarca), MARZO de 2019

|                                              |                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. No. DEL CONTRATO</b>                   | 78 - 2019                                                                                                                                                                                                          |
| <b>2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO</b>         | 12 de Enero de 2019                                                                                                                                                                                                |
| <b>3. PÓLIZA DE SEGUROS</b>                  | PÓLIZA No. 49-44-101017687<br>SEGUROS DEL ESTADO<br>11 de Febrero de 2019<br>Aprobado por CR. ANTOLINI CANO ARANGO                                                                                                 |
| <b>4. CRP</b>                                | No. CRP 13719<br>13 DE FEBRERO DE 2019<br>Unidad/Sub-unidad ejecutora 15-01-03<br>Dependencia 043 CENAC USAQUÉN<br>Posición catálogo de gasto A-02-02-02-009<br>Fuente NACIÓN<br>Recurso 10<br>Valor \$ 36.190.000 |
| <b>5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b> | 09 DE FEBRERO DE 2019                                                                                                                                                                                              |
| <b>6. CONTRATISTA</b>                        | 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                                |
| <b>7. SUPERVISOR</b>                         | MY. DANIEL FERNANDO ESTEPA BECERRA<br>Oficial de planes Cemil<br>Resolución de nombramiento No. 052 del 8 de febrero de 2019                                                                                       |
| <b>8. OBJETO CONTRACTUAL</b>                 | CAPACITADORA DE CONTROL INTERNO PARA LAS ESCUELAS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MILITAR                                                                                                                                  |

**Patria, Honor, Lealtad**  
**"Dios en todas nuestras actuaciones"**  
**Fe en la causa**  
Calle 102 No.7-80 Cantón Norte

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b></p> | <p><b>Obligaciones específicas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitar el Centro de Educación Militar en la organización, verificación y evaluación del sistema de control interno.</li> <li>2. Velar porque el sistema de control interno esté formalmente establecido dentro del Centro de Educación Militar.</li> <li>3. Capacitar al Centro de educación Militar en la organización, gestión y mejoramiento continuo del sistema de control interno.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>6. Presentar un informe mensual donde se discriminen las actividades específicas cumplidas durante el respectivo periodo de ejecución del objeto contratado.</li> <li>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.</li> <li>8. Verificar que se implementen las medidas respectivas recomendadas a través de planes de mejoramiento.</li> <li>9. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución del contrato.</li> <li>10. Participar de todas las actividades programadas por la</li> </ol> |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      | <p>unidad.</p> <p>11. Cumplir ampliamente y con idoneidad el objeto del contrato.</p> <p>12. Guardar absoluta reserva de la información que en razón del desarrollo del contrato llegare a conocer.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>PARÁGRAFO PRIMERO:</b> 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.</p> |
| <b>10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de capacitación que reposan en la oficina de control interno del Cemil</li> <li>- Planeación procesos Cemil 2019</li> <li>- Administración riesgos 2019</li> <li>- Capacitación Suite Vision Empresarial</li> <li>- Seguimiento planes de mejoramiento Esart, Esing, Escom.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>11. CONSTANCIAS</b>                                                               | <p>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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|  |                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 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., MARZO de 2019

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

CENAC USAQUÉN

**Patria, Honor, Lealtad**  
***"Dios en todas nuestras actuaciones"***  
**Fe en la causa**  
*Calle 102 No.7-80 Cantón Norte*

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL**



**CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN**

**INFORME DE SUPERVISIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL**

☒

**TOTAL**

☐

**No. \_002\_**

**Bogotá D.C. (Cundinamarca),**

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. CONTRATISTA</b>                             | 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                                |
| <b>2. SUPERVISOR</b>                              | MY. DANIEL FERNANDO ESTEPA BECERRA<br>Oficial de planes Cemil<br>Resolución de nombramiento No. 052 del 8 de febrero de 2019                                                                                       |
| <b>3. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b> | 78 de 2019 - 12 de enero de 2019                                                                                                                                                                                   |
| <b>4. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA</b>                | PÓLIZA No. 49-44-101017687<br>SEGUROS DEL ESTADO<br>11 de Febrero de 2019<br>Aprobado por CR. ANTOLINI CANO ARANGO                                                                                                 |
| <b>5. CRP</b>                                     | No. CRP 13719<br>13 DE FEBRERO DE 2019<br>Unidad/Sub-unidad ejecutora 15-01-03<br>Dependencia 043 CENAC USAQUÉN<br>Posición catálogo de gasto A-02-02-02-009<br>Fuente NACIÓN<br>Recurso 10<br>Valor \$ 36.190.000 |
| <b>6. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>      | 09 DE FEBRERO DE 2019.                                                                                                                                                                                             |
| <b>7. PLAZO DE EJECUCIÓN</b>                      | 09 DE FEBRERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.                                                                                                                                                                    |
| <b>8. OBJETO CONTRACTUAL</b>                      | CAPACITADORA DE CONTROL INTERNO PARA LAS ESCUELAS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MILITAR                                                                                                                                  |

**Patria, Honor, Lealtad**  
**“Dios en todas nuestras actuaciones”**  
**Fe en la causa**  
Calle 102 No.7-80 Cantón Norte

**9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**Obligaciones específicas**

1. Capacitar el Centro de Educación Militar en la organización, verificación y evaluación del sistema de control interno.
2. Velar porque el sistema de control interno esté formalmente establecido dentro del Centro de Educación Militar.
3. Capacitar al Centro de educación Militar en la organización, gestión y mejoramiento continuo del sistema de control interno.
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.
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.
6. Presentar un informe mensual donde se discriminen las actividades específicas cumplidas durante el respectivo periodo de ejecución del objeto contratado.
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.
8. Verificar que se implementen las medidas respectivas recomendadas a través de planes de mejoramiento.
9. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución del contrato.
10. Participar de todas las actividades programadas por la unidad.

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      | <p>11. Cumplir ampliamente y con idoneidad el objeto del contrato.</p> <p>12. Guardar absoluta reserva de la información que en razón del desarrollo del contrato llegare a conocer.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Las demás contenidas en la propuesta presentada por el contratista y que harán parte integral del contrato.</p> <p><b>PARÁGRAFO PRIMERO:</b> 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.</p> |
| <b>10. PERIODO DEL INFORME</b>                                                       | 01-03-2019 AL 31-03-2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>11. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de capacitación que reposan en la oficina de control interno del Cemil</li> <li>- Planeación procesos Cemil 2019</li> <li>- Administración riesgos 2019</li> <li>- Capacitación Suite Visión Empresarial</li> <li>- Seguimiento planes de mejoramiento Esing, Esart, Escom</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Patria, Honor, Lealtad**  
**"Dios en todas nuestras actuaciones"**  
**Fe en la causa**  
 Calle 102 No.7-80 Cantón Norte

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |           |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 12. VALOR DEL CONTRATO                    | Valor total \$ 36.190.000<br>Valor autorizado a pagar \$ 3.290.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |           |
| 13. CUMPLIMIENTO PAGO<br>SEGURIDAD SOCIAL | Obligación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Entidad   | Vlr. Pago |
|                                           | PENSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OLDMUTUAL | 210.600   |
|                                           | SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SANITAS   | 164.500   |
|                                           | ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SURA      | 6.900     |
| DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE<br>DEL INFORME | <p>Informe de gestión sobre el cumplimiento del objeto contractual, firmado por el <b>CONTRATISTA</b> y el recibido a satisfacción del supervisor del contrato, de acuerdo al formato establecido.</p> <p>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 normatividad legal vigente y de acuerdo a la afiliación efectuada a la A.R.L. Formato anexo "3" Datos Generales (para el primer pago)</p> <p>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).</p> <p>Formulario afiliación a ARL (para el primer pago)</p> <p>Cuenta de cobro</p> <p>Nota contable o factura si aplica</p> <p>Documento soporte aplicación del Decreto 2271 artículo 4</p> <p>Declaración juramentada contratos de prestación de Servicios Técnicos y/o Profesionales vigentes</p> <p>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.</p> |           |           |
| 15. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |           |

Patria, Honor, Lealtad  
 "Dios en todas nuestras actuaciones"  
 Fe en la causa  
 Calle 102 No.7-80 Cantón Norte



|                            |                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | consecuencia se recibe a satisfacción de forma <b>PARCIAL</b><br>x <b>TOTAL</b><br>Así mismo se deja constancia que durante la ejecución del contrato no se han configurado los presupuestos legales que regulan el contrato laboral. |
| <b>16. RECOMENDACIONES</b> | Ninguna                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>17. CONCLUSIONES</b>    | Cumplimiento 100% del objeto contractual                                                                                                                                                                                              |

Para constancia se firma en Bogotá D.C., del mes de MARZO de 2019.

  
**MY. DANIEL FERNANDO ESTEPA BECERRA**  
**SUPERVISOR CONTRATO**