FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN

INFORME DE GESTIÓN No. 009

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

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

Scanned with CamScanner

8. OBJETO CONTRACTUAL	ADMINISTRADOR DE EMPRESAS PARA CAPACITAR AL CENTRO DE EDUCACION MILITAR
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**Obligaciones específicas** 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 sonde 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

Scanned with CamScanner

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

Scanned with CamScanner

	✓ El contratista debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato. ✓ El contratista autoriza al MDN – EJÉRCITO NACIONAL a realizar los estudios de seguridad, comprobación de lealtad, realización de los exámenes de poligrafía y pruebas sicométricas antes y durante la contratación. ✓ Las demás obligaciones establecidas en el estudio previo, documento que el contratista declara conocer, y que hace parte del presente contrato. ✓ Las demás obligaciones que se deriven del objeto contractual ✓ Las obligaciones legales que se deriven de los contratos estatales **PARÁGRAFO PRIMERO:** Independencia del Contratista. El Contratista es independiente del Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, y en consecuencia, el Contratista no es su representante, agente o mandatario. El Contratista no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.
10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	- Acompañamiento auditorias Icontec - Consolidacion información escuelas - Actas de capacitación que reposan en la oficina de control interno del cemil
11. CONSTANCIAS	Dejo constancia que durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato.

Scanned with CamScanner

	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., OCTUBRE de 2018

CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA
C.C. 1.032.419.686 DE BOGOTÁ

Scanned with CamScanner

FECHA: OCTUBRE DE 2018

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

Ref: CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS COMO EMPLEADO

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

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

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

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

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

Pago de medicina pre pagada del trabajador. Anexar Pago

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

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

Por Favor tener en Cuenta:

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

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

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

Scanned with CamScanner

CUENTA DE COBRO No. 009

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: **OCTUBRE de 2018**

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

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

Me adeuda la suma de:

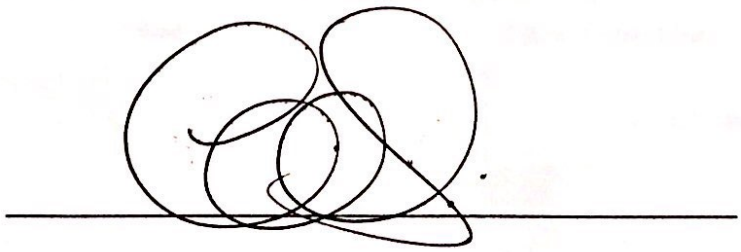
TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($ 3.185.000).

Por concepto de:

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

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

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

Firma: 

Scanned with CamScanner

ANEXO H
MODELO DATOS GENERALES

Bogotá D.C 2018

Señores
EJÉRCITO NACIONAL
Bogotá D.C

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

Declaro:

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

CTO 208 DE 2017 CENAC-USAQUEN	Prestación de servicio	11 meses

4. Otros Contratos

(Laboral, obra- mano-labor, aprendizaje, ocasional de trabajo, otro.)

Entidad	Tipo de contrato	No. De contrato	Objeto	Plazo	Vlr. Total contratado

5. Contratos Vigentes

Entidad	Tipo de contrato	No. De contrato	Objeto	Plazo	Vlr. Total contratado

6. Datos Generales

Pertenezco al régimen tributario	Simple	Común:

Régimen de excepción: Pertenece a regímenes de excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de la protección social – Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esa Entidad.	X **Aplica No Aplica**
Pago de pensión: El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 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 **Aplica No Aplica**

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

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

3. Por tener derecho a pensión de vejez_____.

7. Reserva Activa

Hace parte de la Reserva Activa	SI	NO 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			
Se ha afiliado a pensión:	SI	NO	**Entidad:** / **Fecha:**

8. Inhabilidades e incompatibilidades

Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal	SI NO X	Causal:

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

Scanned with CamScanner

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

Cuenta de cobro N. 009

EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE USAQUEN
CEMIL

NIT. 800131070-1
DEBE A

Nombre del Contratista	CAROLINA SEPULVEDA PORTELA
Correo electrónico	carito.sepulveda1@hotmail.com
RUT	1.032.419.686-1
Teléfono/ Teléfono Celular:	3173654161

CONCEPTO	FECHA DE INICIO MENSUAL (DD/MM/AA)	FECHA DE TERMINACION MENSUAL (DD/MM/AA)	VALOR INGRESO ANTES DE IVA	IVA REGIMEN COMUN	TOTAL SERVICIOS
COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS CAPACITANDO al CENTRO DE EDUCACION MILITAR	1/10/18	31/10/18	$ 3.185.000	$ 0	$ 3.185.000
				$ 0	$ 0
		TOTALES	$ 3.185.000	0%	$ 3.185.000

Anexos Cuenta de Cobro DOCUMENTO DOCUMENTOS PRIMER PAGO	SI	NO
Datos básicos beneficiarios cuenta SIIF		
Copia certificación bancaria no mayor a 90 días		
Copia CDP		
Copia contrato		
Copia acta de aprobacion de poliza garantia unica del contrato		
Copia de poliza de seguro de cumplimiento		
Comprobantes planilla y colillas de pago salud, pension y ARL		
Copia carnet ARL		
Certificacion de afiliacion a ARL		
Formato cuenta de cobro para regimen simplificado		
Formato certificacion de cumplimiento de requisitos como empleado		
Formato cuenta de cobro para regimen simplificado		
Formato informe de supervision		
Formato informe de gestion		
Copia formato de compromiso de confidencialidad		
Copia del RUT		
Formato modelo datos generales		
Documento soporte aplicación del Decreto 2271 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 regimen simplificado		
Formato certificacion de cumplimiento de requisitos como empleado		
Formato informe de supervision		
Formato informe de gestion		
Formato modelo datos generales		
Documento soporte aplicación del Decreto 2271 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 retencion Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

Scanned with CamScanner

ANEXO G
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF

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

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

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

Nombre o Razón Social: CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA

Tipo Documento de Identificación:

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

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

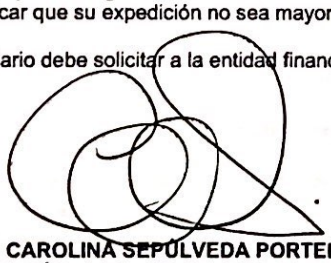
NOTA 1: Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

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

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

El Beneficiario debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria



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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2018	9	2018	I	27/08/2018	29709325	$369.900

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	159.300	0		0		0	0	0	0	159.300	1

TOTALES PENSION												
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	203.900	0	0	0	0	0	0		203.900	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	6.700				6.700	0	0	6.700			67	6.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	159.300	159.300
Pensión	1	203.900	203.900
Riesgos Laborales	1	6.700	6.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	369.900	369.900

PAGADA
29709325

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2018	9	2018	I	27/08/2018	29709325	$369.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dias mes	Salario	Extranjero	Cotiz. Estudiante	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	30	0			N																	23001	1.274.000	203.900	0	0	0	0	EPS010	1.274.000	159.300	14-28	1.274.000	1	6.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C.,

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

ASUNTO: Aplicación del Decreto 2271 articulo 4to.

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

No. CONTRATO	ENTIDAD CONTRANTANTE	OBJETO	PLAZO DE EJECUCION	VALOR MENSUALES	No. De planilla de aportes
2018-CENAC USAQUÉN - 308	CENAC USAQUÉN	ADMINISTRADOR DE EMPRESAS para capacitar al CENTRO DE EDUCACION MILITAR .	11 meses	$3.185.000	29709325

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

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

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

Atentamente,

CAROLINA SEPÚLVEDA PORTELA
C.C. 1.032.419.686 DE BOGOTÁ.

Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C.,

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

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

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

No. CONTRATO	ENTIDAD CONTRANTANTE	OBJETO	PLAZO DE EJECUCION	VALOR MENSUALES	No. De planilla de aportes
308 -2018.	CENAC USAQUÉN	COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS CAPACITANDO al CENTRO DE EDUCACION MILITAR	11 MESES	$3.185.000	29709325

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

Atentamente,

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

Scanned with CamScanner