Bogotá D.C., 2 de Octubre de 2023

PARA: DAISSY MILENA CRUZ PARDO
Supervisores Contrato N° FNE-173-2023

DE: PATRICIA GARCIA ARENAS
Contratista N° FNE-173-2023

ASUNTO: REMISIÓN DE DOCUMENTOS CUARTO PAGO CONTRATO 173-2023

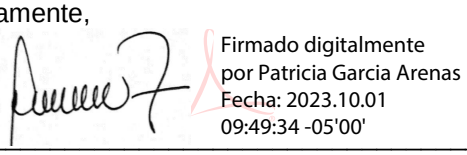
Cordial Saludo,

Me permito adjuntar los documentos correspondientes al **cuarto pago** para el contrato N° FNE-173-2023, por el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2023 y el 30 de septiembre de 2023, de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago.

Como soporte de la presente comunicación envió adjunto:

- Cuenta de Cobro (1 folio).
- Soporte del pago de los aportes por parte del contratista al SGSSS para el mes de agosto de 2023, Planilla No. 70162228 (1 folio)
- Declaración juramentada por parte del contratista respecto de la depuración de la base del cálculo de retención (1 folio).
- Captura de pantalla de Orfeo del contratista (1 folio).
- Número de Certificado de disponibilidad presupuestal CDP No.32223 (No se anexa soporte físico).
- Número de Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto No. 45323 (No se anexa soporte físico).
- Registro Civil Nicolas Cuervo Garcia (Hijo) (1 folio)
- Evidencia Curso IVC

Atentamente,



PATRICIA GARCIA ARENAS
C.C 52.363.516
patriciagarciaarenas@gmail.com
Cra. 73b #6b-81
3132660002
(Contratista Cto 173-2023)

CUENTA DE COBRO

U.A.E. FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 899.999.327-2

DEBE A:

NOMBRE: PATRICIA GARCIA ARENAS

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT ____ No. 52.363.516 D.V. de Bogotá

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CERO CENTAVOS PESOS M/CTE ($4.699.618)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 1/09/2023 a 30/09/2023

Contrato No.: 173 de 2023

DESEMBOLSO No.: 4

OBJETO: Prestar servicios profesionales de apoyo al FNE en el desarrollo de las actividades técnicas y/o misionales inherentes a la gestión del GIT de Control y Fiscalización

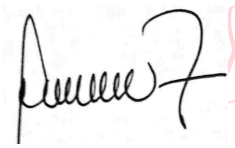
PERIÓDO COMPRENDIDO ENTRE: 1/09/2023 y 30/09/2023

FECHA: 2/10/2023

DIRECCIÓN: Carrera 73B #6B-81

CIUDAD: Bogotá D.C.

TELÉFONO: 3132660002



Firmado digitalmente por Patricia Garcia Arenas
Fecha: 2023.10.01 09:52:37 -05'00'

FIRMA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA
DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN
Ley 2010 de 2019, Ley 1943 de 2018, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y demás normatividad vigente

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF02	Versión	05

Bogotá D.C., 2 de octubre de 2023

Señores
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos PERCIBIDOS POR CONTRATOS CON EL ESTADO durante el año anterior SI _____ NO __X__ superaron las 4000 UVT

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior SI _____ NO __X__ superaron los 3500 UVT

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI _____ NO __X__ soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."

¿Contraté dos (2) o más personas? SI _____ NO X

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI _____ NO X

7. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Identificación del contratante: 899999327-2 Fondo Nacional de Estupefacientes

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: RESPONSABLE DE IVA _____ NO RESPONSABLES DE IVA X

Contrato de Prestación de Servicios No.:	173	Fecha Inicio:	1/06/2023
Contratista:	Patricia Garcia Arenas	Fecha terminación:	30/11/2023
Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido):	$ 4.699.618,00	Prorroga:	N/A
Valor total del contrato (iva incluido):	$ 28.197.708,00	Valor de Adición:	N/A
Fecha de inicio de la cesión:	N/A	Valor de la Cesión:	N/A

8. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
Nicolas Eduardo Cuervo Garcia	22	hijo	1000725305

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

9. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación N/A de N/A según certificación anexa el presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1.

10. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No N/A de N/A, por lo que solicito con cargo al desembolso No. N/A del contrato No. N/A se consigne en mi nombre la suma de ($) N/A a la precitada cuenta AFC. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

11. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en N/A la suma de ($) N/A

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada N/A la suma de N/A que no supera las 16 UVT mensuales.

13. Declaro 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.

Atentamente,

Firma

Firmado digitalmente por Patricia Garcia Arenas
Fecha: 2023.10.01 09:55:14 -05'00'

c.c. 52363516

Radicados_Orfeo_1102023

Número Radicado	Fecha radicado	Asunto	Remitente	Documento	Categoría	Término	Enviado	Leido
202324142275212	2023-09-18 07:57	H: SOLIICTUD DE INFORMACION..	COLOMBIAN HEMP INDUSTRY S.A.S	Informe	Generales - Informativa	N/A	DCRUZ	S
202342301336762	2023-06-05 13:46	Solicitud cancelación licencia fabricación de derivados 1815 de 13 de octubre de 2020	DORADA CARE SAS	Informe	Generales - Informativa	N/A	DCRUZ	S

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	52363516	PATRICIA GARCIA ARENAS	Carrera 73b N6B 81	7159669	patriciagarciaarenas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	14/09/2023	70162228	$550.600	

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	235.000	0		0		0	8	2.100	0	237.100	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
231001	Colfondos	800227940-6	300.800	0	0	0	0	8	2.700	0	303.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	8	100	10.000			99	10.000	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	235.000	237.100
Pensión	1	300.800	303.500
Riesgos Laborales	1	9.900	10.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	545.700	550.600

PAGADA

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

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	52363516	PATRICIA GARCIA ARENAS		Carrera 73b N6B 81	7159669	patriciagarciaarenas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	14/09/2023	70162228	$550.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52363516	GARCIA ARENAS PATRICIA	59	0			N																	231001	1.879.847	300.800	0	0	0	0	EPS005	1.879.847	235.000	14-23	1.879.847	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Modelo IVC con enfoque de riesgos: Vista: Usuario

Usuario - PATRICIA GARCIA ARENAS

Informe general | Usuario

Modulo 5

5.1 Ver Medidas sanitarias de seguridad	86.96 %	0.00	0–100	0.00 %	0.00 %
5.3 Estudio de caso	4.35 %	5.00	0–5	100.00 %	4.35 %
5.4 Evaluación final	8.70 %	10.00	0–10	100.00 %	8.70 %
Total Modulo 5 Media ponderada simple de calificaciones.	-	**13.04**	**0–100**	**13.04 %**	-

Modulo 6

6.1 Control - Procesos sanitarios	0.00 % (Vacío)	-	0–100	-	0.00 %
6.3 Estudio de caso	90.91 %	100.00	0–100	100.00 %	90.91 %
6.4 Evaluación final	9.09 %	10.00	0–10	100.00 %	9.09 %
Total Modulo 6 Media ponderada simple de calificaciones.	-	**100.00**	**0–100**	**100.00 %**	-

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

1000725305

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 2.000 09 02

Indicativo Serial 30334825

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 56 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 10 6 3

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA. CUNDINAMARCA. SANTAFE DE BOGOTA D.C. NOTARIA CINCUENTA Y SEIS.-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUERVO.-	GARCIA.-

Nombre(s)

NICOLAS EDUARDO.-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes 09 Día 02	MASCULINO.-	O.-	POSITIVO.-

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA .CUNDINAMARCA. SANTAFE DE BOGOTA D.C. CLINICA DAVID RESTREPO.-

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.-	A2607487.-

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARCIA ARENAS PATRICIA.-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52.363.516 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA.-

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CUERVO RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO.-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79.391.291 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA.-

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUERVO RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO.-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79.391.291 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2000 Mes 10 Día 02	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.- NOTARIA 56 Nombre y firma del funcionario

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.- Nombre y firma del funcionario

Copia auténtica

ESPACIO PARA NOTAS

Artículos 114 y 115 Decreto 1260 de 1970

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner