CUENTA DE COBRO # 3

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO

IDENTIFICACIÓN: CC 1019075496

LA SUMA DE: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS ($ 2,956,292)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2024-05-01 a 2024-05-30

Contrato No: FNE-038-2024

DESEMBOLSO No: 3

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión en las actividades relacionadas con la clasificación, organización y administración del archivo del FNE.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 2024-05-01 y 2024-05-30

FECHA: 2024-06-07

DIRECCION:

CIUDAD: BOGOTA, D.C.

TELEFONO: 3212867383

Firmado electrónicamante por: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO

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	1019075496	LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO	CR 98C 131A 20 APT 101	4594872	joha_0103@hotmail.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	
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	77140554	$403.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300

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	1019075496	LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO	CR 98C 131A 20 APT 101	4594872	joha_0103@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	77140554	$403.300	

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	Estornado	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	1019075496	OLARTE GUERRERO LISEL JOHANNA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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., 07 de Junio de 2024

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 **NO** superaron las 4000 UVT.

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos PERCIBIDOS POR CONTRATOS CON EL ESTADO durante el año anterior **NO** superaron las 3500 UVT.

4. Declaro bajo gravedad de juramento que **NO** 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."

NO contraté dos (2) o más personas.

6. Declaro que **SI** Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE.

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

Identificación del contratante: 899.999.327 - U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes
Pertenezco al régimen del impuesto sobre las ventas como **NO RESPONSABLES DE IVA**
Contrato de Prestación de Servicios No.: **FNE-038-2024** con fecha de inicio **2024-03-14** y fecha de terminación **2024-10-30**
Contratista: **LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO**
Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): **2,956,292**
Valor total del contrato (iva incluido): **22,467,819**
Prorroga: **N/A**
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	Numero de id
Marina Guerrero Sanchez	66	Madre	51628152

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 **NO** tengo vigente ningun crédito hipotecario para adquisición de vivienda.

10. Declaro que **NO** soy titular de ninguna cuenta AFC actualmente.

11. Declaro que **NO** consigno a pensiones voluntarias.

12. Declaro que **NO** consigno a Medicina pre-pagada.

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.

Firmado electrónicamante por: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO



FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1959

GUEPSA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

24-JUN-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500113-45151264-F-0051628152-20070327 03864 07086N 02 189686442



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.628.152

GUERRERO SANCHEZ
APELLIDOS

MARINA
NOMBRES

Marina Guerrero S
FIRMA