Bogotá, D.C. 02 de agosto de 2024

PARA: **LEONID ALEXANDER JIMÉNEZ TOVAR**
Profesional Universitario Cod:2044 Grado 10 Supervisor
Contrato N° 160-2024
Fondo Nacional de Estupefacientes
Bogotá D.C.

ASUNTO: CUENTA DE COBRO **PRIMER PAGO CONTRATO** N° 160-2024

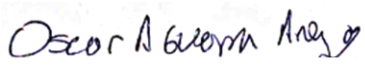
Cordial Saludo,

Me permito adjuntar los documentos para el **primer pago** correspondiente al contrato N° 160-2024, por el periodo comprendido entre el 19 al 30 de julio de 2024.

Como soporte de la presente comunicación envío adjunto:

- Cuenta de Cobro.
- Declaración juramentada de la depuración de la base del cálculo de retención.
- Pantallazo de Sistema de Gestión Documental de ControlDoc
- Certificaciones de afiliación a seguridad social.
- CDP 21224 (no se adjunta en físico)
- RP 21224 (no se adjunta en físico)
- Certificado médico preocupacional
- Inducción Resultados de capacitación CTO 160-2024

Atentamente,



Oscar Alejandro Guerra Arango
Contratista-Control y fiscalización
oguerra@minsalud.gov.co
Teléfono 601 3305010
Calle 25D No. 100- 12. Bogotá D.C.

www.fne.minsalud.gov.co

CUENTA DE COBRO # 1

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: OSCAR ALEJANDRO GUERRA ARANGO

IDENTIFICACIÓN: CC 91506579

LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS ($ 2,210,000)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2024-07-19 a 2024-07-31

Contrato No: FNE-160-2024

DESEMBOLSO No: 1

OBJETO: Prestar servicios profesionales de apoyo al FNE en el desarrollo de las actividades misionales del del GIT de control y fiscalización con énfasis en el modelo de IVC con enfoque de riesgo.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 2024-07-19 y 2024-07-31

FECHA: 2024-08-02

DIRECCION: CALLE 40G SUR 77 25

CIUDAD: BOGOTA, D.C.

TELEFONO: 3108732227

Firmado electrónicamante por: OSCAR ALEJANDRO GUERRA ARANGO

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., 02 de Agosto 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 **NO** 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-160-2024** con fecha de inicio **2024-07-19** y fecha de terminación **2024-10-30**
Contratista: **OSCAR ALEJANDRO GUERRA ARANGO**
Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): **5,100,000**
Valor total del contrato (iva incluido): **17,680,000**
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

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.

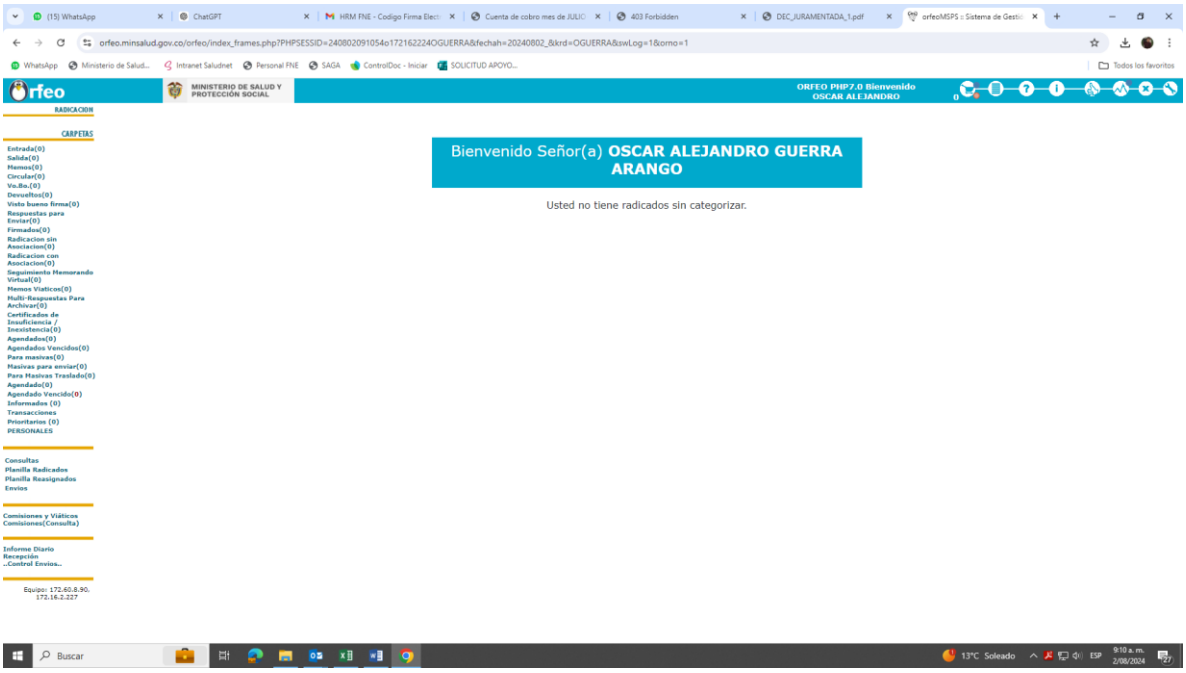
11. Declaro que **NO** consigno a pensiones voluntarias.

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

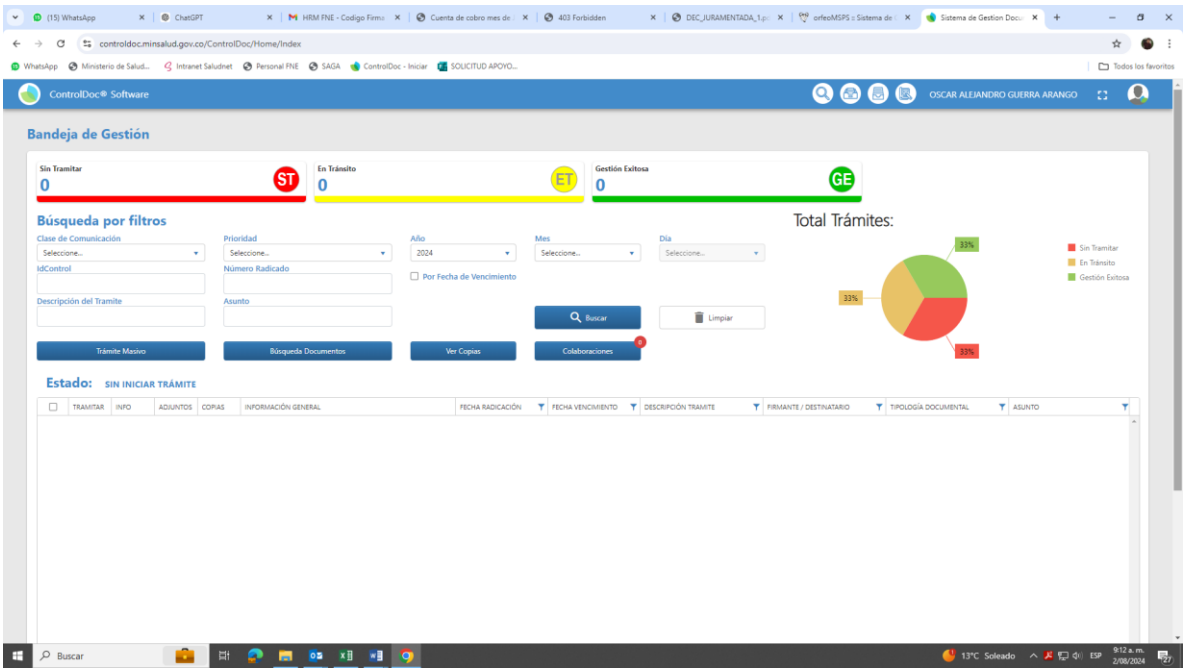
13.Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Firmado electrónicamante por: OSCAR ALEJANDRO GUERRA ARANGO

PÁNTALLAZO DE ORFEO



PANTALLAZO DE CONTROLDOC



CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91506579
NOMBRES Y APELLIDOS	Guerra Arango,Oscar Alejandro
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/11/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Guerra Arango,Oscar Alejandro, a los 31 días del mes de julio del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUERRA ARANGO OSCAR ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **91.506.579** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de enero de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024073111500

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000334349

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 05/04/2022 15:53:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR ALEJANDRO GUERRA ARANGO **C.C** 91506579

EDAD 40 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** VETERINARIO

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

Escaneado con CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen | REGIMEN
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 05/04/2022 15:53:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR ALEJANDRO GUERRA ARANGO **C.C** 91506579

EDAD 40 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** VETERINARIO



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

OSCAR GUERRA

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Escaneado con CamScanner

EN

(https://www.minsalud.gov.co/)

PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL
EVALUACIÓN

MinSalud (https://www.minsalud.gov.co/paginas/default.aspx) > Programa de Inducción y Reinducción Virtual - Evaluación (Evaluacion.aspx) > Evaluacion

2024-07-29

*Campo obligatorio

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL

Responda esta evaluación aplicando nuestros valores de Integridad:
Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia e Inclusión

Datos del evaluado: Porfavor debe diligenciar los siguientes campos

Programa: Inducción

Tipo de identificación:* Cédula de ciudadanía Número de identificación:* 91506579

Nombre Completo:* GUERRA
ARANGO
OSCAR
ALEJANDRO

Dependencia:*
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL FONDO NACIONAL DE ESTUPEF

Nivel:* PROFESIONAL Tipo vinculación:*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cargo:* CONTRATISTA Correo electrónico:* oguerra@minsalud.gov.co

Evaluación conocimientos de Inducción Institucional Minsalud

Resultado de la Evaluación Virtual

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16



Respuestas Correctas: 15

Respuestas Incorrectas: 1

Tu calificación es: **Sobresaliente**

Volver al formulario (https://enlinea.minsalud.gov.co/encuestas/Evaluacion.aspx)

Imprimir Resultado

Conmutador: (57-1) 330 5000
Central de fax: (57-1) 330 5050
Línea de atención de desastres:
(57-1) 330 5071 - 24 horas

Punto de atención presencial:
Carrera 13 No. 32-76 Piso 1, Bogotá,
Código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua

Centro de contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750
Resto del país: 018000960020

Horario de atención:
Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.