CUENTA DE COBRO # 1

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO

IDENTIFICACIÓN: CC 1019075496

LA SUMA DE: DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL VEINTISIETE PESOS ($ 2,784,027)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2024-10-07 a 2024-10-30

Contrato No: FNE-225-2024

DESEMBOLSO No: 1

OBJETO: Prestar servicios profesionales al FNE apoyando el desarrollo de las actividades técnicas y/o misionales inherentes a la gestión del GIT Recursos y Apoyo Operativo

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 2024-10-07 y 2024-10-30

FECHA: 2024-10-31

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.		NO

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	
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	80928052	$405.200	

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	6	700	0	163.200	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	6	900	0	208.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	6	100	6.900			68	6.900	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	6	200	26.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	1	26.000	26.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	405.200

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.		NO

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	
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	80928052	$405.200	

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

Salud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código:	GFIF02
	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión:	06

Bogotá D.C., 05 de Noviembre de 2024

Señores
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
Ciudad

Yo LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO identificado(a) con cedula de ciudadanía 1019075496, Contrato de Prestación de Servicios No: FNE-225-2024

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

1. Declaro bajo gravedad de juramento que **NO** soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que pertenezco al régimen del impuesto sobre las ventas (IVA) como **NO RESPONSABLES DE IVA.**

3. Declaro bajo gravedad de juramento que **NO** tengo otros contratos suscritos con el Estado.

(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)

4. Declaro que **NO** pertenezco al régimen de tributación simple - RTS según lo estipulado en el RUT.

(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)

5. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia **SI** aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T)

6. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
Marina Guerrero Sanchez	66	Madre	51628152

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador publico, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado medico) Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que **NO** realicé pago de intereses por préstamo de vivienda.

(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) porcentaje: %.

8. Declaro que **NO** realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción).

(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

9. Declaro que **NO** realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios).

(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

10. Declaro que **NO** realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud.

(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

11. Declaro que **0** soy pensionado(a).

(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

12. 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.

13. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los 05 días del mes de Noviembre de 2024

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

LOS MESES | SEPT ....09 | OCTUBRE. 10 | NOV ..... 11 | DIC......... 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

17197309

IDENTIFICACION No.
(1) Parte básica: 920903 (2) Parte com...: 53316

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA TREINTA Y SIETE (37) — (4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: SANTAFE DE BOGOTA D.C. — (5) Códi...: 986

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: OLARTE — (7) Segundo apellido: GUERRERO — (8) Nombres: LISEL JOHANNA
SEXO	(9) Masculino o Femenino: FEMENINO — (10) Masculino ☐ Femenino ☒ — FECHA DE NACIMIENTO (11) Día: 03 (12) Mes: SEPTIEMBRE (13) Año: 1.992
LUGAR DE NACIMIENTO	(14) País: COLOMBIA — (15) Departamento, Int., o Com.: CUNDINAMARCA — (16) Municipio: SANTAFE DE BOGOTA D.C.

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CLINICA SAN RAFAEL — (18) Hora: 22:00
	(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO — (20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: Dr. RICARDO RAMIREZ — (21) No. lice...: 0276
MADRE	(22) Apellidos (de soltera): GUERRERO SANCHEZ — (23) Nombres: MARINA — (24) Edad act...: 33
	(25) Identificación (clase y número): C.C. No. 51.628.152 DE BOGOTA D.E. — (26) Nacionalidad: COLOMBIANA — (27) Profesión u oficio: HOGAR
PADRE	(28) Apellidos: OLARTE — (29) Nombres: JAIME — (30) Edad act...: 38
	(31) Identificación (clase y número): C.C. No. 5.659.765 DE GUEPSA — (32) Nacionalidad: COLOMBIANA — (33) Profesión u oficio: EMPLEADO
DENUNCIANTE	(34) Identificación (clase y número): C.c. No. 5.659.765 DE GUEPSA — (35) Firma (autógrafa): x [firma]
	(36) Dirección postal y municipio: CALLE 80 No. 110-50 BOGOTA D.C. — (37) Nombre: JAIME OLARTE
TESTIGO	(38) Identificación (clase y número): — (39) Firma (autógrafa):
	(40) Domicilio (Municipio): — (41) Nombre:
TESTIGO	(42) Identificación (clase y número): — (43) Firma (autógrafa):
	(44) Domicilio (Municipio): — (45) Nombre:
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) (46) Día: 30 (47) Mes: SEPTIEMBRE (48) Año: 1.992

(49) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace...

República de Colombia — MARIA NOHORA CHARRY R. — Notaria Encargada — Notaría 37 del Círculo de Bogotá

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 – 0 VI/77

OTARÍA 37 DE BOGOTÁ D.C.

LA NOTARÍA TREINTA Y SIETE ENCARGADA DE BOGOTÁ D.C.

HACE CONSTAR:

E LA PRESENTE COPIA ES AUTENTICA, FUE TOMADA DE SU ORIGINAL E REPOSA EN EL ARCHIVO DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTOS EXPIDE CONFORME AL ARTICULO 114 DEL DECRETO-LEY 1.260 DE 1.970, Y DECRETO 1.534 JULIO 13 DE 1.989, EN BOGOTÁ, D.C. 15 NOV 2018

OLICITUD DE: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO **C.C #** 1.019.075.496

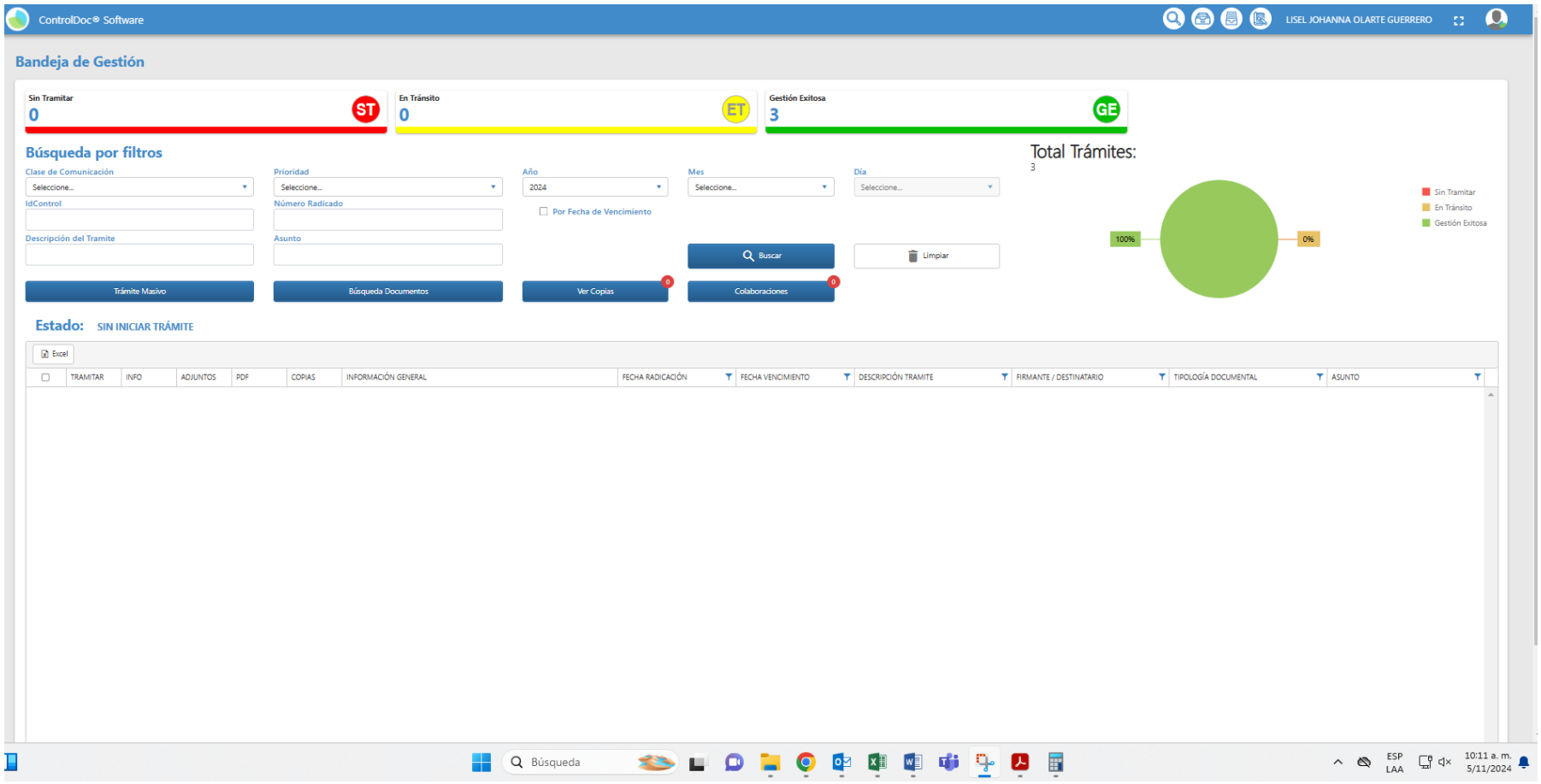
RA ACREDITAR PARENTESCO.

REPUBLICA DE COLOMBIA — KATTY ROJAS G. — NOTARIA ENCARGADA — NOTARIA 37 DE BOGOTA D.C.

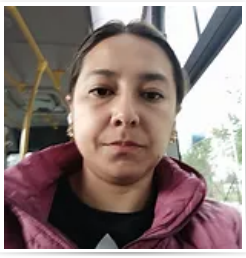
KATTY ROJAS GONZALEZ
NOTARÍA 37 DE BOGOTA D.C - ENCARGADA -

IQNet

Scanned with CamScanner


ControlDoc® Software
LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO
Bandeja de Gestión
Sin Tramitar
0
ST
En Tránsito
0
ET
Gestión Exitosa
3
GE
Búsqueda por filtros
Clase de Comunicación
Seleccione...
Prioridad
Seleccione...
Año
2024
Mes
Seleccione...
Día
Seleccione...
IdControl
Número Radicado
Por Fecha de Vencimiento
Descripción del Tramite
Asunto
Buscar
Limpiar
Trámite Masivo
Búsqueda Documentos
Ver Copias
Colaboraciones
Total Trámites:
3
100%
0%
Sin Tramitar
En Tránsito
Gestión Exitosa
Estado: SIN INICIAR TRÁMITE
Excel
TRAMITAR
INFO
ADJUNTOS
PDF
COPIAS
INFORMACIÓN GENERAL
FECHA RADICACIÓN
FECHA VENCIMIENTO
DESCRIPCIÓN TRAMITE
FIRMANTE / DESTINATARIO
TIPOLOGÍA DOCUMENTAL
ASUNTO
Búsqueda
ESP
LAA
10:11 a. m.
5/11/2024

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 9 sept 2024 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO Documento: 1019075496

Edad: 32 Género: FEMENINO Ciudad: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo: Contratista

EXÁMENES REALIZADOS

Médico Ocupacional Osteomuscular, Audiometría, Visiometría, Optometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Lisel Johanna Olarte Guerrero con documento de identificación No 1019075496 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES:
1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Lisel Johanna Olarte Guerrero

FIRMA

1019075496

Puntos: 16/16

Datos del Evaluado: Favor diligenciar los siguientes campos :

1. Señale la opción que corresponda: *

- (•) Inducción
- ( ) Reinducción

2. Tipo de identificación :

- (•) Cédula de Ciudadanía
- ( ) Cédula de Extranjería
- ( ) Pasaporte

3. Número de Identificación: *

1019075496

4. Nombre completo (Primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido) : *

Lisel Johanna Olarte Guerrero