CUENTA DE COBRO # 7

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO

IDENTIFICACIÓN: CC 1019075496

LA SUMA DE: NOVECIENTOS SESENTA MIL CIENTO SETENTA PESOS ($ 960,170)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2025-07-01 a 2025-07-08

Contrato No: FNE-068-2025

DESEMBOLSO No: 7

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: 2025-07-01 y 2025-07-08

FECHA: 2025-07-11

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	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	88083631	$447.100	

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	180.100	0		0		0	0	0	0	180.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	230.500	0	0	0	0	0	0		230.500	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	7.600				7.600	0	0	7.600			76	7.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.900	0	0	28.900	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	180.100	180.100
Pensión	1	230.500	230.500
Riesgos Laborales	1	7.600	7.600
CCF	1	28.900	28.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	447.100	447.100

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	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	88083631	$447.100	

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	Exonerado	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	1.440.300	230.500	0	0	0	0	EPS017	1.440.300	180.100	14-23	1.440.300	1	7.600	CCF24	1.440.300	28.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO**, identificada con **CC** número **1019075496**, aportó por **LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO** identificado(a) con **CC** número **1019075496** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 06 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59	X														0		22	$1,056,188	0.02000	$21,200	$0	$0	Enero - 2025	84106011	25/02/2025	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59	X														0		22	$1,056,188	0.12500	$132,100	$0	$0	Enero - 2025	84106011	25/02/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X														0		22	$1,056,188	0.00522	$5,600	$0	$0	Enero - 2025	84106011	25/02/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59	X														0		22	$1,056,188	0.16000	$169,000	$0	$0	Enero - 2025	84106011	25/02/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,440,300	0.02000	$28,900	$0	$0	Febrero - 2025	84914090	28/03/2025	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,440,300	0.12500	$180,100	$0	$0	Febrero - 2025	84914090	28/03/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,440,300	0.00522	$7,600	$0	$0	Febrero - 2025	84914090	28/03/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$1,440,300	0.16000	$230,500	$0	$0	Febrero - 2025	84914090	28/03/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,440,300	0.02000	$28,900	$0	$0	Marzo - 2025	85715924	09/04/2025	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,440,300	0.12500	$180,100	$0	$0	Marzo - 2025	85715924	09/04/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,440,300	0.00522	$7,600	$0	$0	Marzo - 2025	85715924	09/04/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$1,440,300	0.16000	$230,500	$0	$0	Marzo - 2025	85715924	09/04/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,440,300	0.02000	$28,900	$0	$0	Abril - 2025	86518633	12/05/2025	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,440,300	0.12500	$180,100	$0	$0	Abril - 2025	86518633	12/05/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,440,300	0.00522	$7,600	$0	$0	Abril - 2025	86518633	12/05/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$1,440,300	0.16000	$230,500	$0	$0	Abril - 2025	86518633	12/05/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,440,300	0.02000	$28,900	$0	$0	Mayo - 2025	87328451	24/06/2025	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,440,300	0.12500	$180,100	$0	$0	Mayo - 2025	87328451	24/06/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,440,300	0.00522	$7,600	$0	$0	Mayo - 2025	87328451	24/06/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$1,440,300	0.16000	$230,500	$0	$0	Mayo - 2025	87328451	24/06/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,440,300	0.02000	$28,900	$0	$0	Junio - 2025	88083631	11/07/2025	NO

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Julio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59														0		30	$1,440,300	0.12500	$180,100	$0	$0	Junio - 2025	88083631	11/07/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59														0		30	$1,440,300	0.00522	$7,600	$0	$0	Junio - 2025	88083631	11/07/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59														0		30	$1,440,300	0.16000	$230,500	$0	$0	Junio - 2025	88083631	11/07/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Julio** de **2025**

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., 11 de Julio de 2025

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-068-2025

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 **SI** 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 **NO** 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

(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).

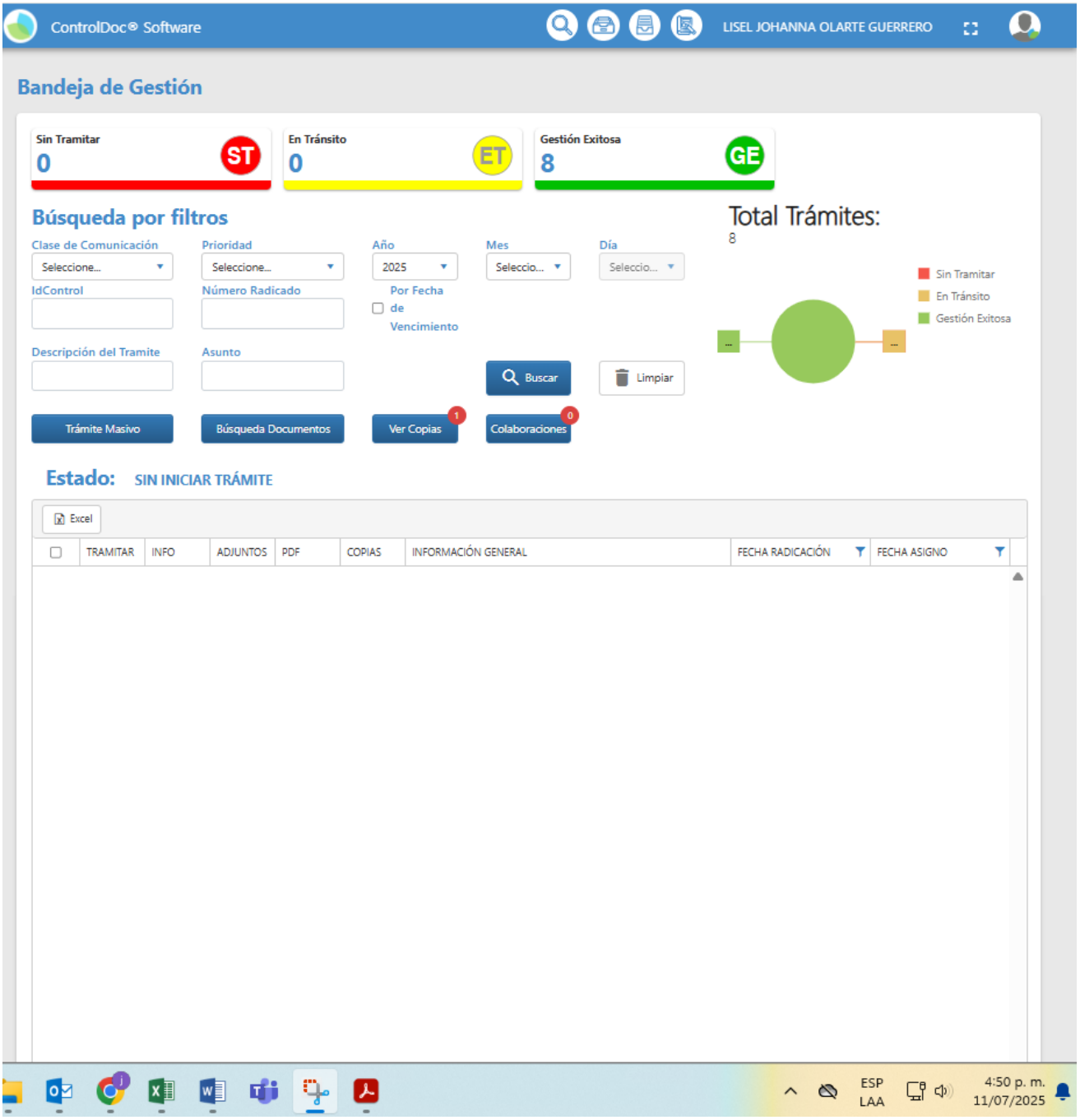
(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

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 11 días del mes de Julio de 2025

Firmado electrónicamante por: LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO


ControlDoc® Software
LISEL JOHANNA OLARTE GUERRERO
Bandeja de Gestión
Sin Tramitar
0
ST
En Tránsito
0
ET
Gestión Exitosa
8
GE
Búsqueda por filtros
Clase de Comunicación
Seleccione...
Prioridad
Seleccione...
Año
2025
Mes
Seleccio...
Día
Seleccio...
IdControl
Número Radicado
Por Fecha de Vencimiento
Descripción del Tramite
Asunto
Buscar
Limpiar
Trámite Masivo
Búsqueda Documentos
Ver Copias
Colaboraciones
Total Trámites:
8
Sin Tramitar
En Tránsito
Gestión Exitosa
Estado:
SIN INICIAR TRÁMITE
Excel
TRAMITAR
INFO
ADJUNTOS
PDF
COPIAS
INFORMACIÓN GENERAL
FECHA RADICACIÓN
FECHA ASIGNO
ESP
LAA
4:50 p. m.
11/07/2025