

CUENTA DE COBRO # 7

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: YESIKA FABIANA GUERRERO GUERRERO

IDENTIFICACIÓN: CC 1065237667

LA SUMA DE: UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS (\$ 1,525,347)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2025-07-01 a 2025-07-13

Contrato No: FNE-061-2025

DESEMBOLSO No: 7

OBJETO: Prestar Servicios De Apoyo A La Gestión Documental Y Operativa Del Área De Medicamentos.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 2025-07-01 y 2025-07-13

FECHA: 2025-07-10

DIRECCION: CALLE 55 SUR 29 79

CIUDAD: BOGOTA, D.C.

TELEFONO: 3148540316

Firmado electrónicamente por: YESIKA FABIANA GUERRERO GUERRERO

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

Bogotá D.C., 10 de Julio de 2025

Señores

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

Ciudad

Yo YESIKA FABIANA GUERRERO GUERRERO identificado(a) con cedula de ciudadanía 1065237667, Contrato de Prestación de Servicios No: FNE-061-2025

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 **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 **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 artículo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 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
José Alejandro Rodríguez Guerrero	11	Hijo	1065243792

(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 10 días del mes de Julio de 2025

Firmado electrónicamente por: YESIKA FABIANA GUERRERO GUERRERO

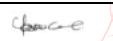
DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1065237667
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YESIKA FABIANA GUERRERO GUERRERO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 55SUR 29 79 APTO 202	TELÉFONO: 5645767
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7978733462	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1618750660

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800
SUBTOTAL:			1	\$ 227.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 178.000
SUBTOTAL:			1	\$ 178.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 28.500
SUBTOTAL:			1	\$ 28.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 7.500
SUBTOTAL:			1	\$ 7.500

VALOR SIN MORA:	\$ 441.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 441.800

		PROCESO	GIT RAO			
		FORMATO	PAZ Y SALVO DE CONTRATISTAS FNE			
I. INFORMACIÓN GENERAL						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	10/07/2025	ÁREA:	2411-Grupo Interno de Trabajo de Medicamentos del Estado	TIPO DE VINCULACIÓN:	Prestación de Servicios	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Yesika Fabiana Guerrero Guerrero	No. CONTRATO Y AÑO:	FNE-061-2025	TIPO DE NOVEDAD:	Finalización	
FIRMA DEL CONTRATISTA:	 Firmado digitalmente por Yesika Fabiana Guerrero Guerrero	FECHA DE INICIO:	14/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN:	13/07/2025	
CÉDULA No:	1.065.237.667					
II. EXPEDICIÓN DE PAZ Y SALVO						
Este formato debe ser diligenciado y firmado una vez se tenga plena garantía de que el Contratista, se encuentra al día con sus compromisos, obligaciones y todo lo demás que se encuentre bajo su responsabilidad.						
Dependencia o Grupo	Concepto	Detalle área	Nombre VoBo	Firma VoBo	Nombre del Jefe Inmediato	Firma
2414-Grupo Interno de Trabajo de Recursos y Apoyo Operativo	Certifico que el Contratista referido en este formato no presenta pendientes con la Entidad, en lo relacionado con esta dependencia:	Bandejas de Gestor Documental en ceros	Edgar Alonso Trujillo Cortes	 Firmado digitalmente por Edgar Alonso Trujillo Cortes	Milver Rojas	Firmado digitalmente por Milver Rojas
		Entrega de inventario de Bienes y Activos Fijos (Resolución 735 del 2016)	Edgar Alonso Trujillo Cortes	 Firmado digitalmente por Edgar Alonso Trujillo Cortes		
2413-Grupo Interno de Gestión Administrativa y Financiera	Certifico que el Contratista referido en este formato no presenta pendientes con la Entidad, en lo relacionado con esta dependencia:	Tesorería	Jesús Mauricio Giraldo	 Firmado digitalmente por JESUS MAURICIO GIRALDO GONZALEZ		
		Contabilidad	Jeisson Cafeino Naranjo Ayala	 Firmado digitalmente por JEISSON CAFEINO NARANJO AYALA		
		Devolvió carné	Wilson Alejandro Gutierrez Briceño	 Firmado digitalmente por Wilson Alejandro Gutierrez Briceño		
Supervisor de contrato	Certifico que el Contratista referido en este formato no presenta pendientes con la Entidad, en lo relacionado con esta dependencia:	Presentó evidencias e información y/o productos generados durante la ejecución de su contrato, con la debida organización documental, esto según sus obligaciones en el contrato(Decreto 2609 del 2012).	William Ernesto Sossa Muñoz	 Firmado digitalmente por William Ernesto Sossa Muñoz		
NOTA: El contratista es el responsable de la entrega formal del puesto de trabajo y de cargar en SAGA del Informe Final, Formato de pago final, junto con el presente formato; los soportes y anexos deberán reposar en el archivo de gestión de la Dependencia respectiva, para que posteriormente desde el área se realice la entrega formal al GIT RAO para su custodia.						