

CUENTA DE COBRO # 2

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: rosa mery niño perez

IDENTIFICACIÓN: CC 52173513

LA SUMA DE: SIETE MILLONES CIENTO MIL PESOS (\$ 7,100,000)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2025-08-01 a 2025-08-31

Contrato No: FNE-269-2025

DESEMBOLSO No: 2

OBJETO: Prestar Servicios Profesionales De Apoyo Al GIt De Medicamentos Del Estado De Aseguramiento De Calidad De Los Procesos De Fabricación E Importación De Medicamentos Y Materias Primas Del Fne

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 2025-08-01 y 2025-08-31


FECHA: 2025-08-28

DIRECCION: calle 180 a No. 10 a - 77

CIUDAD: BOGOTA, D.C.

TELEFONO: 3123160847

Firmado electrónicamente por: rosa mery niño perez

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

Bogotá D.C., 28 de Agosto de 2025

Señores

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

Ciudad

Yo rosa mery niño perez identificado(a) con cedula de ciudadanía 52173513, Contrato de Prestación de Servicios No: FNE-269-2025

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
--------	------	------------	-----------

(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 28 días del mes de Agosto de 2025

Firmado electrónicamente por: rosa mery niño perez

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52173513		NIÑO PEREZ ROSA MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 180A NO. 10A-77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1672229169	9489904494	I	2025/08/05	2025/08/04	BANCO AV VILLAS	0	\$1,160,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$500,000			\$0	\$0			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$500,000			\$0	\$0			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$500,000			\$0	\$0			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0
1	CC	52173513	NIÑO ROSA	25-14	30	\$4,000,000	\$640,000	EPS005	30	\$4,000,000	\$500,000	0	\$0	\$0	14-23	30	\$4,000,000	\$20,900	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$500,000			\$0	\$0			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52173513		NIÑO PEREZ ROSA MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 180A NO. 10A-77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1672229169	9489904494	I	2025/08/05	2025/08/04	BANCO AV VILLAS	0	\$1,160,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$640,000	\$0	\$0	\$640,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$640,000	\$0	\$0	\$640,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$20,900	\$0	\$0	\$20,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$20,900	\$0	\$0	\$20,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$500,000	\$0	\$0	\$500,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$500,000	\$0	\$0	\$500,000	
TOTAL				1	\$1,160,900	\$0	\$0	\$1,160,900	

Bandeja de Gestión

Sin Trámite **1** **ST**
En Tránsito **3** **ET**
Gestión Exitosa **21** **GE**

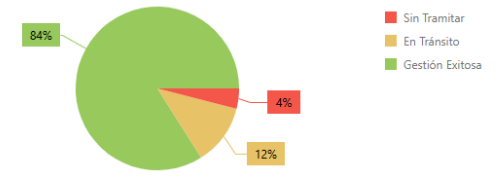
Búsqueda por filtros

Clase de Comunicación: Seleccione...
 IdControl:
 Descripción del Trámite:
 Trámite Masivo

Prioridad: Seleccione...
 Número Radicado:
 Asunto:
 Búsqueda Documentos

Año: 2025
 Mes: Seleccione...
 Día: Seleccione...
 Por Fecha de Vencimiento

Total Trámites: 25



Estado: SIN INICIAR TRÁMITE

TRAMITAR	INFO	ADJUNTOS	PDF	COPIAS	INFORMACIÓN GENERAL	FECHA RADICACIÓN	FECHA ASIGNO	FECHA VENCIMIENTO	DESCRIPCIÓN TRAMITE	FIRMANTE / DESTINATARIO	TIPOLOGÍA DOCUMENTAL
<input type="checkbox"/>					Radicado: Id Control: 1131595 Prioridad: NORMAL ✓ 2025241100497093 Fecha Radicación: 20/8/2025, Fecha Vencimiento: 10:51:52 Descripción Documento: SOLICITUD DE TERMINACIÓN ANTICIPADA CONTRATO FNE130-2025 METADONA SOLUCIÓN ORAL	20/8/2025, 10:51:52	20/8/2025, 11:00:51		DAR CONTINUIDAD	Firmante(s): JUAN SEBASTIAN TRUJILLO AMAYA: JEFE Destinatario(s): JUAN SEBASTIAN TRUJILLO AMAYA: JEFE	MEMORANDO

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.