

Bogotá, D.C.; 01 de julio de 2026

PARA: MILVER ROJAS
Supervisor Contrato N° 097-2026
Fondo Nacional de Estupefacientes
Bogotá D.C.

ASUNTO: CUENTA DE COBRO SEXTO PAGO **CONTRATO N° 097-2026**

Cordial Saludo,

Me permito adjuntar los documentos para el sexto pago correspondiente al contrato N° 097-2026, por el periodo comprendido entre el 01 al 30 de junio de 2026.

Como soporte de la presente comunicación envío adjunto:

- Carta de presentación.
- Pago de los aportes de seguridad social mes **mayo 2026** mediante planilla N° **79661993** con fecha de pago 04/05/2026 y mes **junio 2026** mediante planilla N° **87578017** con fecha de pago 03/06/2026.
- Cuenta de Cobro.
- Declaración juramentada de la depuración de la base del cálculo de retención.
- Pantallazo de Sistema de Gestión Documental de ControlDoc
- CDP 4526 (No se adjunta en físico)
- RP 6426 (No se adjunta en físico)

Atentamente,



Judy Paola Lucero Alonso

Contratista

Inspección, vigilancia y control-GIT Control Fiscalización

jlucero@minsalud.gov.co

Teléfono 601 3305010

Calle 25D No. 100- 12.

Bogotá D.C.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52887292	JUDY PAOLA LUCERO ALONSO		Transversal 52C # 1 B 70	3057392592	paola_lucero_8@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79661993	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$684.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	684.000	684.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52887292	JUDY PAOLA LUCERO ALONSO		Transversal 52C # 1 B 70	3057392592	paola_lucero_8@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79661993	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$684.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VST	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC 52887292	LUCERO ALONSO JUDY PAOLA	3	0		N																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	30	300.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52887292	JUDY PAOLA LUCERO ALONSO		Transversal 52C # 1 B 70	3057392592	paola_lucero_8@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87578017	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$684.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	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										

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	684.000	684.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52887292	JUDY PAOLA LUCERO ALONSO		Transversal 52C # 1 B 70	3057392592	paola_lucero_8@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87578017	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$684.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAF	TAP	VBP	VBT	SAN	ACE	UVA	UVA	UVA	ADP	ADP	RET	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 52887292	LUCERO ALONSO JUDY PAOLA	3	0		N																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	30	300.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CUENTA DE COBRO # 6

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: Judy Paola Lucero Alonso

IDENTIFICACIÓN: CC 52887292

LA SUMA DE: SEIS MILLONES PESOS (\$ 6,000,000)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2026-06-01 a 2026-06-30

Contrato No: FNE-097-2026

DESEMBOLSO No: 6

OBJETO: Prestar servicios profesionales al FNE en el desarrollo de las actividades técnicas y/o misionales del GIT Control y Fiscalización .

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 2026-06-01 y 2026-06-30

FECHA: 2026-06-30

DIRECCION: Tv 52c # 1b - 70

CIUDAD: BOGOTA, D.C.

TELEFONO: 3212168194

Firmado electrónicamente por: Judy Paola Lucero Alonso

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código:	GFIF02
	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión:	08

Bogotá D.C., 30 de Junio de 2026

Señores
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
 Ciudad

Yo Judy Paola Lucero Alonso identificado(a) con cedula de ciudadanía 52887292, Contrato de Prestación de Servicios No: FNE-097-2026

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 **SI** soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente.
2. Declaro bajo gravedad de juramento que **NO** pertenezco al régimen del impuesto sobre las ventas (IVA) como **RESPONSABLE DE IVA**.
3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso **NO** he obtenido ingresos brutos totales provenientes de contratos con el Estado iguales o superiores a 4.000 UVT.

(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 simple de tributación - RST 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 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 pago de estudios por semestre, 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 **NO** soy pensionado(a).

(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

12. Declaro que **NO** Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones

(Adjuntar soporte de devolución)

13. **PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** Declaro que **SI** he realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente cuenta de cobro**, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto.

14. **PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** Declaro que **NO** he realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).

15. 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.

16. 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 30 días del mes de Junio de 2026

Firmado electrónicamente por: Judy Paola Lucero Alonso

Bandeja de Gestión

Sin Tramitar

6

ST

En Tránsito

8

ET

Gestión Exitosa

156

GE

Búsqueda por filtros

Clase de Comunicación

Seleccione...

Prioridad

Seleccione...

Año

2026

Mes

Seleccione...

Día

Seleccione...

IdControl

Número Radicado

Por Fecha de Vencimiento

Descripción del Trámite

Asunto

Buscar

Limpiar

Trámite Masivo

Búsqueda Documentos

Ver Copias

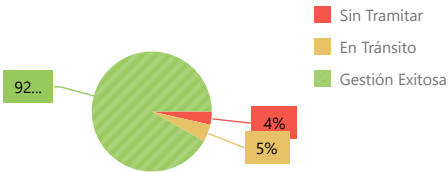
37

Colaboraciones

9

156

Total Trámites:
170



Estado: SIN INICIAR TRÁMITE

Excel											
☐	TRAMITAR	INFO	ADJUNTOS	PDF	COPIAS	INFORMACIÓN GENERAL /CONTROLDOC/DOCUMENTOS/DOCUM...	FECHA RADICACIÓN ...	FECHA ASIGNO //CO...	FECHA VENCIENT...	DESCRIPCIÓN TRAMITE //CON...	FIRMANTE / DESTINATARIO //
☐						Radicado: Id Control: 2061497 Prioridad: NORMAL 2026423002327692 Fecha Radicación: 16/6/2026, Fecha Vencimiento: 16:59:30 Expediente: 0 Descripción Documento: RV P: ALCANCE DEL RADICADO N.2026423000913672	16/6/2026, 16:59:30	17/6/2026, 11:28:07		ALCANCE AL RADICADO 2026423000913672	Firmante(s): VETERINARIA EL R ANAPOIMA SAS: - Destinatario(s): LEONID ALEXA JIMENEZ TOVAR: JEFE
☐						Radicado: Id Control: 2044785 Prioridad: NORMAL 2026423002246942 Fecha Radicación: 10/6/2026, Fecha Vencimiento: 9:46:41 Expediente: 0 Descripción Documento: SOLICITUD DE AMPLIACION AL LISTADO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL	10/6/2026, 9:46:41	11/6/2026, 20:33:23		USUARIO SOLICITA MODIFICACION	Firmante(s): EL GATO AMARILL Destinatario(s): LEONID ALEXA JIMENEZ TOVAR: JEFE
☐						Radicado: Id Control: 2041143 Prioridad: NORMAL 2026423002226822 Fecha Radicación: 9/6/2026, Fecha Vencimiento: 11:08:54 Expediente: 0 Descripción Documento: INSCRIPCION ANTE UAE FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES	9/6/2026, 11:08:54	11/6/2026, 14:55:01		USUARIO SOLICITA INSCRIPCION	Firmante(s): ALMACEN VETERI EL VAQUERO DE LA DECIMA: I Destinatario(s): LEONID ALEXA JIMENEZ TOVAR: JEFE
☐						Radicado: Id Control: 2026242 Prioridad: NORMAL 2026423002166392 Fecha Radicación: 3/6/2026, Fecha Vencimiento: 16:01:24 Expediente: 0 Descripción Documento: RV P: REQUERIMIENTO SOLICITUD DE INSCRIPCION. RADICADO N 2026423001556612 DEL 23042026	3/6/2026, 16:01:24	9/6/2026, 22:57:13		ALCANCE AL RADICADO 2026423001556612	Firmante(s): DISTRISAFE MD S/ Destinatario(s): LEONID ALEXA JIMENEZ TOVAR: JEFE
☐						Radicado: Id Control: 1959737 Prioridad: NORMAL 2026423001855122 Fecha Radicación: 13/5/2026, Fecha Vencimiento: 16:11:42 Expediente: 0 Descripción Documento: RV P: SOLICITUD INFORMACION RADICADO NO 2026241200810671 DEL 01032026 2026423000624212 DEL 19022026	13/5/2026, 16:11:42	27/5/2026, 18:30:52		PERSONAL DE IVS JUDY PAOLA	Firmante(s): APOYOPECUARIO@GACHALA CUNDINAMARCA.GOV.CO: N/ ALCALDIA MUNICIPAL GACHA Destinatario(s): LEONID ALEXA JIMENEZ TOVAR: JEFE
☐						Radicado: Id Control: 1949793 Prioridad: NORMAL 2026423001815662 Fecha Radicación: 12/5/2026, Fecha Vencimiento: 8:30:41 Expediente: 0 Descripción Documento: RV P: SOLICITUD MEDICAMENTOS CONTROLADOS	12/5/2026, 8:30:41	12/5/2026, 21:53:38		ALCANCE AL RADICADO 2026423001587352	Firmante(s): EDGAR NELSON G ROJAS: NA Destinatario(s): LEONID ALEXA JIMENEZ TOVAR: JEFE
Elementos mostrados 1 - 6 de 6											

Tablero de Control - Bandeja de Tareas Documentales



Mis Tareas

333

Doc Creados

0

Doc por Revisar

0

Doc por Aprobar

72

Doc Involucrado

Listado de Tareas Documentales

Filtros de Búsqueda



L...	A...	A...	E...	IF	R	FECHA VENCIMIE...		C	C	I...	IF	ENV...		ENV...		FIR...		ASUNTO (/...		FECHA CR...		MOTIVO D...	

◀

◀

Page 1 of 1

▶

▶

No items to display