Bogotá D.C., 01 de octubre de 2026

PARA: **DEISSY KATHERIN AREVALO TORRES**
Supervisor Contrato N° FNE-100-2026

DE: **PATRICIA GARCIA ARENAS**
Contratista N° FNE-100-2026

ASUNTO: REMISIÓN DE DOCUMENTOS **NOVENO** PAGO CONTRATO **100-2026**

Cordial Saludo,

Me permito adjuntar los documentos correspondientes al **noveno pago** para el contrato N° FNE-100-2026, por el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2026 y el 30 de septiembre de 2026, de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago.

Como soporte de la presente comunicación envió adjunto:

- Cuenta de Cobro (1 folio).
- Soporte del pago de los aportes por parte del contratista al SGSSS para el mes de agosto de 2026, Planilla No. 94484280 (1 folio)
- Declaración juramentada por parte del contratista respecto de la depuración de la base del cálculo de retención (1 folio).
- Evidencia Gestor documental Control Doc del contratista (1 folio).
- Número de Certificado de disponibilidad presupuestal CDP No. 8326 No se anexa soporte físico).
- Número de Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto No. 2026 (No se anexa soporte físico).
- Registro Civil Nicolas Cuervo Garcia (Hijo) (1 folio)

Atentamente,

PATRICIA GARCIA ARENAS
C.C 52.363.516
patriciagarciaarenas@gmail.com
Cra. 73b No. 6b-81
3132660002
(Contratista Cto 100-2026)

CUENTA DE COBRO # 9

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: PATRICIA GARCÍA ARENAS

IDENTIFICACIÓN: CC 52363516

LA SUMA DE: CINCO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 5,900,000)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 2026-09-01 a 2026-09-30

Contrato No: FNE-100-2026

DESEMBOLSO No: 9

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

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 2026-09-01 y 2026-09-30

FECHA: 2026-09-27

DIRECCION: CARRERA 736 6 B 81 CASA CASTILLA

CIUDAD: BOGOTA, D.C.

TELEFONO: 3132660002

Firmado electrónicamante por: PATRICIA GARCÍA ARENAS

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

Bogotá D.C., 27 de Septiembre de 2026

Señores
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
Ciudad

Yo PATRICIA GARCÍA ARENAS identificado(a) con cedula de ciudadanía 52363516, Contrato de Prestación de Servicios No: FNE-100-2026

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 **NO** 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 **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
NICOLAS EDUARDO CUERVO GARCIA	25	Hijo	1000725305

(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 **NO** 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 **SI** 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 27 días del mes de Septiembre de 2026

Firmado electrónicamante por: PATRICIA GARCÍA ARENAS

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	52363516	PATRICIA GARCIA ARENAS	Carrera 73b N6B 81	7159669	patriciagarciaarenas@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94484280	07/09/2026	1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$831.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	295.000	99.000		0		0	3	700	300	395.000	2

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
231001	Colfondos	800227940-6	377.600	0	0	0	0	3	900	0	378.500	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	57.500				57.500	3	200	57.700			575	57.700	1

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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	394.000	395.000
Pensión	1	377.600	378.500
Riesgos Laborales	1	57.500	57.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	829.100	831.200

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	52363516	PATRICIA GARCIA ARENAS	Carrera 73b N6B 81	7159669	patriciagarciaarenas@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94484280	07/09/2026	1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$831.200	

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	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	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 1000725305	CUERVO GARCIA NICOLAS EDUARDO	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS005	0	30	99.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC 52363516	GARCIA ARENAS PATRICIA	59	0			N																	231001	2.360.000	30	377.600	0	0	0	0	EPS005	2.360.000	30	295.000	14-23	2.360.000	30	3	57.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

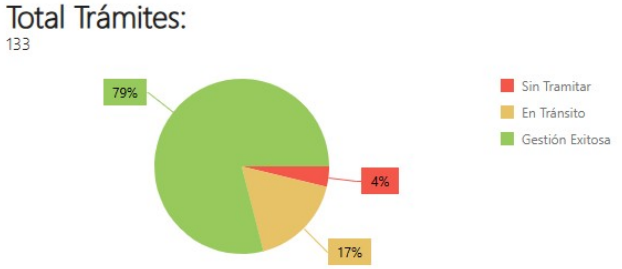
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bandeja de Gestión

Sin Tramitar	En Tránsito	Gestión Exitosa
5 (ST)	23 (ET)	105 (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 Tramite:
Asunto:
Buscar
Limpiar
Trámite Masivo
Búsqueda Documentos
Ver Copias 23
Colaboraciones 0



Estado: SIN INICIAR TRÁMITE

Excel

TRAMITAR	INFO	ADJUNTOS	PDF	COPIAS	INFORMACIÓN GENERAL	FECHA RADICACIÓN	FECHA ASIGNO	FECHA VENCIMIENTO	DESCRIPCIÓN TRAMITE	FIRMANTE / DESTINATARIO	TIPOLOGÍA DOCUMENTAL
					Radicado: **Id Control:** 2348588 **Prioridad:** NORMAL 2026423003758222 **Fecha Radicación:** 23/9/2026, **Fecha Vencimiento:** 15:41:07 **Expediente:** 0 **Descripción Documento:** RESPUESTA REQUERIMIENTO CUPO BMP - RADICADO NO. 2026241203232431	23/9/2026, 15:41:07	25/9/2026, 17:29:00		RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS SOLICITUDES DE CUPO DE FABRICACIÓN - REASIGNAR AL RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL CUPO	**Firmante(s):** BIOMINERALES PHARMA SAS: NA **Destinatario(s):** DEISSY KATHERINE AREVALO TORRES: JEFE	CONSECUTIVOS DE ENTRADA COMUNICACIONES OFICIALES

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

1000725305

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 2.000 09 02

Indicativo Serial 30334825

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 56 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 10 6 3

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA. CUNDINAMARCA. SANTAFE DE BOGOTA D.C. NOTARIA CINCUENTA Y SEIS.-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUERVO.-	GARCIA.-

Nombre(s)

NICOLAS EDUARDO.-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes 09 Día 02	MASCULINO.-	O.-	POSITIVO.-

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA .CUNDINAMARCA. SANTAFE DE BOGOTA D.C. CLINICA DAVID RESTREPO.-

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.-	A2607487.-

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARCIA ARENAS PATRICIA.-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52.363.516 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA.-

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CUERVO RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO.-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79.391.291 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA.-

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUERVO RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO.-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79.391.291 SANTAFE DE BOGOTA D.C.-	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2000 Mes 10 Día 02	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.- NOTARIA 56 Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.- Nombre y firma

Copia auténtica

ESPACIO PARA NOTAS

del Estado Civil de esta Notaría

Artículos 114 y 115 Decreto 1260 de 1970

Bogotá, D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner