	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN DE ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	
	GESTIÓN DE PAGOS	**Vigencia: 2023**
	CORPORACION MUSEO HISTORICO DE CARTAGENA	

CON FUNDAMENTO EN EL INFORME PRESENTADO PARA LA EVALUACIÓN, EL SUSCRITO SUPERVISOR CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DELAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR EL CONTRATISTA DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN RELACIONADA A CONTINUACIÓN:

CONTRATISTA	YULY CAROLINA CAICEDO VARGAS		IDENTIFICACIÓN	1047394883
NÚMERO DE CONTRATO	CPS-011-2023		FECHA CONTRATO	28/06/2023
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO	Contratar la prestación de servicios profesionales para la asesoría en el relacionamiento comunitario a la Corporación Museo Histórico de Cartagena de Indias para el acompañamiento a la ejecución del convenio número CI-IPCC-003-2023 cuyo objeto es AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y LOGÍSTICOS PARA PROPICIAR EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE TURISMO CULTURAL, SOSTENIBLE Y COMUNITARIO, A BENEFICIO DE LA POBLACIÓN DE 13 COMUNIDADES, A FAVOR DEL DESARROLLO CULTURAL Y TURÍSTICO			
VR. DE CONTRATO	$18.000.000 COP		PLAZO	4 MESES
FECHA DE INICIO	28/06/2023		FECHA FINAL	27/10/2023
SEGURIDAD SOCIAL				
NÚMERO DE PLANILLA	9458025105		VR. SALUD	$225.000
VR. PENSIÓN	$288.000		VR. ARL	$9.400
MES PAGADO	OCTUBRE 2023		FECHA DE PAGO	24-10-2023
CERTIFICADOS	NÚMERO	UNIDAD EJECUTORA	FECHA	VALOR
Disponibilidad	N° 034	01	27/06/2023	$18.000.000
Registro	207	01	27/06/2023	$18.000.000
OBSERVACIONES				
La presente certificación se expide para el cobro de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000.00)** correspondiente a la **(CUARTA CUOTA).**				

Atentamente,

DANILO BERNETT ZAMORA
Profesional Contador
Supervisor

Actuando en mi calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios relacionado en el presente documento, me permito certificar que he validado la información aquí relacionada, por tanto, la misma cuenta con mi autorización para surtir los efectos correspondientes.

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS – LEY 1819 DE 2016 SISTEMA DE DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS NATURALES.

Manifiesto y declaro bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago correspondiente a la cuarta cuota del contrato CPS-011-2023 *objeto de esta declaración*

Que la Ley 1819 de 2016, introdujo sustanciales modificaciones al sistema de determinación del impuesto de las personas naturales, que ***para efectos tributarios****, establece un sistema de tributación cedular, en virtud del cual se impone la obligación de determinar el impuesto en función del origen de las rentas, lo que implica que las personas naturales se vean obligadas a efectuar varias depuraciones cuando obtengan rentas de diferentes orígenes, considerando en cada caso, factores de depuración y tablas de impuestos diferentes. Es así como clasifica las rentas en cinco categorías, algunas de las cuales agrupa para efectos de la determinación de la tarifa del impuesto así:*

(X) Rentas de trabajo *(Salarios, comisiones, honorarios, retribución a servicios personales).*

( ) Rentas de Capital *(Intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de propiedad intelectual).*

( ) Rentas no laborales *(rentas que no clasifiquen en otra cédula y aquellos honorarios recibidos por personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por lo menos noventa (90) días, dos o más trabajadores).*

Diligenciar solo cuando los ingresos sean por concepto de honorarios y por compensación por servicios obtenidos: Manifiesto que SI ( ) NO ( ) he contratado o vinculado 2 o más trabajadores asociados a la actividad.

Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

En constancia de lo anterior se firma a los 24 días del mes de octubre de 2023.

Firma: 

Nombre: Yuly Carolina Caicedo Vargas
Documento de Identificación: 1.047.394.883
Dirección: Serena del mar conjunto Portanova torre 2 apto 203 c.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047394883		CAICEDO VARGAS YULY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 7 a #1 1	CARTAGENA-BOLIVAR	6633197	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	235773413	9458025105	I	2023/11/22	2023/10/24	BANCOLOMBIA	0	$522,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$9,400		$0	$0		$522,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$9,400		$0	$0		$522,400
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$9,400		$0	$0		$522,400
1	CC	1047394883 CAICEDO YULY																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,800,000	0.522 %	$9,400	0	$0	$0	No	$522,400
Total Afiliados(1)																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$9,400		$0	$0		$522,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047394883		CAICEDO VARGAS YULY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 7 a #1 1	CARTAGENA-BOLIVAR	6633197	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	235773413	9458025105	I	2023/11/22	2023/10/24	BANCOLOMBIA	0	$522,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				**1**	**$522,400**	**$0**	**$0**	**$522,400**