| | | |
|---|---|---|
| MUSEO HISTÓRICO DE CARTAGENA DE INDIAS 101 años 1924-2025 | **CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN DE ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL** | |
| | **GESTIÓN DE PAGOS** | **Vigencia: 2025** |
| | **CORPORACION MUSEO HISTORICO DE CARTAGENA** | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | MONICA MANRIQUE MONTAÑO | IDENTIFICACIÓN | 45548703 |
| NÚMERO DE CONTRATO | 001-2025 | FECHA CONTRATO | 10/01/2025 |
| OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO | Prestación de Servicios Profesionales a través de asesoría en materia jurídica, asesoría en la gestión, ejecución, seguimiento de proyectos y defensa judicial de acuerdo a su especialidad, idoneidad y experiencia a la CORPORACION MUSEO HISTORICO DE CARTAGENA DE INDIAS. | | |
| VR. DE CONTRATO | $74.660.000 | PLAZO | Hasta 31 de diciembre de 2025 |
| FECHA DE INICIO | 10/01/2025 | FECHA FINAL | Hasta 31 de diciembre de 2025 |
| SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| NÚMERO DE PLANILLA | 1069929448 | VR. SALUD | $ 400.000 |
| VR. PENSIÓN | $512.000 | VR. ARL | $ 16.800 |
| MES PAGADO | Febrero | FECHA DE PAGO | 2025-02-25 |

| CERTIFICADOS | NÚMERO | UNIDAD EJECUTORA | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| Disponibilidad | 04 | 01 | 09/01/2025 | $ 356.356.350 |
| Registro | 01 | 01 | 10/01/2025 | $74.660.000 |

Observación: mediante modificatorio numero 01 de fecha 29 de enero de 2025 se aclaro el valor en números y letras y el numero de cdp en el anexo técnico del contrato 01-2025.

**La presente certificación se expide para el cobro de SEIS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($6.380.000), MCTE correspondiente a la SEGUNDA CUOTA.**

Atentamente,

**DANILO JOSÉ BERNETT ZAMORA**
JEFE DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO
*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 SEGUNDA cuota del contrato 01-2025 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 ( x ) 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 VEINTIOCHO (28) días del mes de FEBRERO DE 2025*

Nombre: MONICA PATRICIA MANRIQUE MONTAÑO
Documento de Identificación: 45.548.703
Dirección: PIE DE LA POPA CALLE 21B
Teléfono: 3003614254

*En cumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato de prestación de servicios aquí relacionado, me permito manifestar que la información contenida en el mismo, es correcta y cuenta con mi autorización.*

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-02-25, 02:47:13 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1069929448

**Periodo Cotización** 202502 **Periodo Servicio** 202502

**Cliente:**

## PAGADA 2025-02-25

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MONICA MANRIQUE | | | | |
| **Documento** | CC 45548703 | **Dirección** | CL 21B NORTE #28 A - 211 PIE DELA POPA | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3003614254 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | CARTAGENA DE INDIAS, DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL | **Departamento** | BOLIVAR | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 45548703 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | MANRIQUE MONTAÑO MONICA PATRICIA | 13001000 - 13 | | BOLIVAR |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 3.200.000 | 230301 | | 16 % | $ 3.200.000 | $ 512.000 | $ 0 | $ 0 | EPS048 | | 12,5 % | $ 3.200.000 | $ 400.000 | $ 0 | 14-11 | 1 | 0,522 % | $ 3.200.000 | $ 16.800 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS-S MUTUAL SER | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 512.000 | $ 0 | $ 0 | $ 400.000 | $ 16.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 928.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!