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	YULIKA ANDREA FERNANDEZ TORRES		IDENTIFICACION	1050960503
NUMERO DE CONTRATO	05		FECHA CONTRATO	15/01/2025
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDIANTE ASESORÍA EN LA FORMULACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES PROYECTOS Y PROGRAMAS QUE REQUIERA Y ADELANTE LA CORPORACIÓN MUSEO HISTÓRICO			
VR. DE CONTRATO	$50.807.000		PLAZO	Hasta 31 de diciembre 2025
FECHA DE INICIO	15/01/2025		FECHA FINAL	Hasta 31 de diciembre de 2025
SEGURIDAD SOCIAL				
NUMERO DE PLANILLA	7988818024		VR. SALUD	$360.000
VR. PENSION	$460.800		VR. ARL	$15.100
MES PAGADO	OCTUBRE		FECHA DE PAGO	29/10/2025
CERTIFICADOS	NUMERO	UNIDAD EJECUTORA	FECHA	VALOR
Disponibilidad	04	CORPORACION MUSEO HISTORICO	09/01/2025	$356.356.50
Registro	020	CORPORACION MUSEO HISTORICO	15/01/2025	$50.807.000
OBSERVACIONES				
La presente certificación se expide para el cobro de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS ($4.418.000) correspondiente a la DECIMA 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 décima cuota del contrato 05 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:*

( ) 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 31 dias del mes de octubre de 2025.

Firma: Yulika Andrea fernandez torres
Nombre: YULIKA ANDREA FERNANDEZ TORRES
Documento de Identificación:1050960503
Dirección: DORAL CARTAGENA

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1050960503
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YULIKA ANDREA FERNANDEZ TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	SERENA DEL MAR CONJUNTO	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7988818024**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1885971744

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 460.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 460.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 360.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 360.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 15.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 15.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 835.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 835.900**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1050960503
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YULIKA ANDREA FERNANDEZ TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	SERENA DEL MAR CONJUNTO PALABIA	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7988818024**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/29		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1885971744	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 460.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.800	$ 0	$ 460.800
SUBTOTALES:										**$ 460.800**	**$ 0**	**$ 460.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 360.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 360.000	$ 0	$ 0	$ 360.000
SUBTOTALES:													**$ 360.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 360.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.100	$ 15.100	$ 0	$ 0	$ 15.100
SUBTOTALES:									**$ 15.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1050960503	FERNANDEZ TORRES YULIKA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.880.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.880.000	$ 460.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 460.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.880.000	$ 360.000	$ 0	$ 360.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.880.000	105096050	$ 15.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 835.900