| | | |
|---|---|---|
| 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 | 7992726649 | VR. SALUD | $360.000 |
| VR. PENSION | $460.800 | VR. ARL | $15.100 |
| MES PAGADO | NOVIEMBRE | FECHA DE PAGO | 26/11/2025 |

| 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 CUOTA NUMERO ONCE.

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 cuota once 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 28 dias del mes de noviembre 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: | **7992726649** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/11/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1957750380 |

## 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: | | **7992726649** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | noviembre | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | noviembre | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/11/26 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1957750380 | |

**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**