MUSEO HISTÓRICO DE CARTAGENA DE INDIAS 1924-2024	CORPORACIÓN MUSEO HISTÓRICO DE CARTAGENA DE INDIAS
	Certificación de Supervisión de Órdenes de Prestación de Servicios Persona Natural
	GESTIÓN DE PAGOS
	Vigencia: 2026

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	SHAHARIFFE BEATRIZ RAISH POLO	Identificación	22.806.648
Número de contrato	CPS-09-2026	Fecha contrato	21/01/2026
Objeto y alcance del contrato	Prestación de servicios profesionales de un contador para que asesore a la corporación Museo Histórico de Cartagena de Indias en la revisión de los procesos contables, tributarios y financieros con referencia a la vigencia 2025.		
Vr. del contrato	13.356.000	Plazo	3 meses
Fecha de Inicio	21/01/2026	Fecha final	20/042026
Seguridad social			
Número de planilla	36472475	Vr. Salud	222.600
Vr. Pensión	285.000	Vr. ARL	9.300
Mes pagado	Marzo	Fecha de pago	09/03/2026

Certificados	Número	Unidad ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad	14	01	16/01/2026	13.356.000
Registro	019	01	21/01/2026	13.356.000

Observación:

La presente certificación se expide para el cobro de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS MCTE. ($ 4.452.000,00) correspondiente a la SEGUNDA CUOTA.

Atentamente,

DANILO JOSE BERNETT ZAMORA
Profesional especializado 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 09 del -2026 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** Manifiesto que en el desarrollo de mis funciones no tomaré costos ni deducciones de acuerdo a lo estipulado en la Ley 2277/2022 y el artículo 9 del Decreto 2231 del 2023*

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 veintiséis (26) días del mes de marzo de 2026

Shahariffe Beatriz Raish Polo
CC. Nº 22.806.648 de Cartagena Sraish_3@hotmail.com
3012387920

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.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SHAHARIFFE BEATRIZ RAISH POLO
IDENTIFICACIÓN:	CC-22806648
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-14
FECHA DE PAGO:	2026-03-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	36472475
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36472475
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.780.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 222.600	$ 222.600
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.780.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.000	$ 285.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.780.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.300	$ 9.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 516.900	$ 516.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/05/2026