MUSEO HISTÓRICO DE CARTAGENA DE INDIAS 1924-2026	**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	MISAEL GREGORIO ARNEDO POMARES	Identificación	1.044.911.753
Número de contrato	CPS-15-2026	Fecha contrato	25/01/2026
Objeto y alcance del contrato	Prestación de Servicios Profesionales de un contador especialista en gestión tributaria o afines que asesore a la entidad en los asuntos de carácter contables, financieros y tributarios propios de la Corporación Museo Histórico de Cartagena de Indias		
Vr. del contrato	$69.960.000,00	Plazo	11 meses
Fecha de inicio	25/01/2026	Fecha final	24/12/2026
Seguridad social			
Número de planilla	36744236	Vlr. Salud	$318.000,00
Vr. Pensión	$407.100,00	Vlr. ARL	$13.300,00
Mes pagado	Marzo	Fecha de pago	2026/03/27
Certificados	Número / Unidad ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad	018 / 01	Enero 16 de 2026	$69.960.000,00
Registro	033 / 01	Enero 25 de 2026	$69.960.000,00
Observación: La presente certificación se expide para el cobro de SEIS MILLONES TRESCIENTO SESENTA MIL PESOS MCTE. ($6.360.000,00) 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 CPS-15-2026 *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 seis (06) días del mes de abril de 2026

Misael Gregorio Arnedo Pomares
CC. N° 1.044.911.753 de Cartagena
misaelarnedo@gmail.com
3205327373

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.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	MISAEL GREGORIO ARNEDO POMARES
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1044911753
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-03-27
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1044911753
NOMBRE EMPLEADO	MISAEL GREGORIO ARNEDO POMARES
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	36744236
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2026-03
PERÍODO SALUD	2026-03
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1692001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
											X																	0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.544.000	0,1600000	$ 407.100	$ 0	$ 0	$ 407.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.544.000	0,1250000	$ 318.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.544.000	0,0052200	$ 13.300	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 407.100	$ 318.000	$ 13.300	$ 0	$ 738.400