

Cartagena de Indias D.T y C, 29 de Abril 2026

**CUENTA DE COBRO 02 de 06 SEGÚN CONTRATO No. CPS-PROF-90-26**

**TRANSCARIBE S.A**

NIT.806.014.488-5

DEBE A:

**KELVIN DE JESUS MONTES RUIZ**

**CC 73.572.445 De Cartagena de indias**

La suma de **CUATRO MILLONES DE PESOS ML/CTE (\$4.000.000.00)** Correspondiente al periodo comprendido **del 02 de MARZO de 2026 al 01 De ABRIL de 2026** por concepto de prestación de servicios de acuerdo con el contrato **No. CPS-PROF-90-26 de Enero del 2025** celebrado entre **"TRANSCARIBE S.A Y KELVIN DE JESUS MONTES RUIZ**, cuyo **OBJETO** es **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN ABOGADO PARA QUE APOYE A LA GERENCIA GENERAL DE LA ENTIDAD EN LOS TRÁMITES TENDIENTES A FINALIZAR LA COMPRA DE PREDIOS POR ENAJENACIÓN VOLUNTARIA Y/O EXPROPIACIONES POR VÍA ADMINISTRATIVA, EN EL CUMPLIMIENTO DEL MARCO JURÍDICO DEL PLAN DE REASENTAMIENTO"**.

Para todos los efectos legales consagrados en el decreto **1625 de 2016**, me permito relacionar la planilla No 4647228964 con el que realice pago a los aportes a seguridad social tal pago proviene de lo devengado por concepto de esta prestación de servicio por valor de:

- **NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS \$928.800.00 M/CTE.**

Para lo anterior manifiesto los siguientes datos:

**DOMICILIO Y RESIDENCIA:** Cartagena de Indias barrió Pie de la Popa Callejón Medez, Edificio Punta Caribe Apto 4D

**CELULAR:** 3126594902

**AUTORIZO** consignar el valor de los honorarios correspondientes a la cuenta de ahorros **DAVIVIENDA N° 0550057300061645**

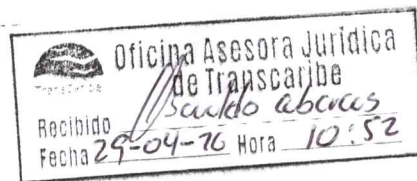
favor enviar soportes de pago a el correo electrónico [kelvinmontes85@gmail.com](mailto:kelvinmontes85@gmail.com)

Atentamente,

  
**KELVIN DE JESUS MONTES RUIZ**  
C.C. No. 73.572.445 de Cartagena

  
**ERCILIA BARRIOS FLOREZ**  
Gerente General de TRANSCARIBE S.A

  
**Karen Margarita Gaviria Salgado**  
Asistente Gerencia.  
Vo.Bo



**TRANSCARIBE S.A.**  
NIT. 806.014.488 - 5  
FECHA: 29-04-26 HORA: 10:08  
FOLIO: \_\_\_\_\_ FIRMA:   
RECIBIDO PARA VERIFICACION  
NO IMPLICA ACEPTACION

	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL</b>			
	<b>GESTIÓN PAGOS</b>			
	<b>TRANSCARIBE S.A</b>			
Fecha de elaboración: <b>29/04/2026</b>	Versión: <b>0.4</b>	Vigencia: <b>30/01/2022</b>		
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	Kelvin de Jesús Montes Ruiz	IDENTIFICACIÓN	73.572.445	
NUMERO DE CONTRATO	CPS-PROF-90-26	FECHA CONTRATO	29 de Enero de 2026	
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO	El objeto del contrato es: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN ABOGADO PARA QUE APOYE A LA GERENCIA GENERAL DE LA ENTIDAD EN LOS TRÁMITES TENDIENTES A FINALIZAR LA COMPRA DE PREDIOS POR ENAJENACIÓN VOLUNTARIA Y/O EXPROPIACIONES POR VÍA ADMINISTRATIVA, EN EL CUMPLIMIENTO DEL MARCO JURÍDICO DEL PLAN DE REASENTAMIENTO			
VR. DE CONTRATO	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS (\$24.000.000,00) M/CTE	PLAZO	Seis (6) meses	
FECHA DE INICIO (RP)	02/febrero/2026	FECHA FINAL	01/Agosto/2026	
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>				
NUMERO PLANILLA	4647228964	VR. SALUD	\$400.000.00	
VR. PENSIÓN	\$512.000.00	VR. ARL	\$16.800.00	
MES PAGADO	Febrero	FECHA DE PAGO	30/Marzo/2026	
CERTIFICADOS	NUMERO	CENTRO DE COSTO	FECHA	VALOR
Disponibilidad	202601-262	1001	28-01-2026	24.000.000,00
Registro	202601-334	1001	29-01-2026	24.000.000,00
OBSERVACIONES:				
La presente certificación se expide para el cobro de <b>CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000)</b> correspondiente al <b>segundo pago</b> .				

Atentamente,

  
**ERCILIA BARRIOS FLOREZ**

Gerente General de Transcaribe S.A.

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 al **SEGUNDO** pago del contrato No CPS-PROF-90-26 objeto de esta declaración:

1. 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 cédular, 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).

2. 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.

3. 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 29 días del mes de abril del 2026

Firma:

  
Nombre: **KELVIN DE JESUS MONTES RUIZ**

Documento de Identificación: 73.572.445

Dirección: Barrio Pie de la Popa Carrera 21B No. 289-211 Edificio Punta Caribe Apto 4D

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

### SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 73572445

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social <b>KELVIN DE JESUS MONTES RUIZ</b>			
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	73572445
Ciudad/Municipio	CARTAGENA	Departamento	BOLIVAR
Dirección	CENTRO EDIFICIO CONCASA PISO 12	Teléfono	7777777
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Otros trabajos de edición.
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	<b>4647228964</b>	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	febrero / 2026	Periodo Cotización Salud	febrero / 2026
Días de Mora	19	Fecha Pago	2026/03/30
Número Autorización	9996237106		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	KELVIN DE JESUS	Apellidos	MONTES RUIZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	73572445
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOLIVAR	Municipio	CARTAGENA
Salario Básico	\$ 3.200.000	Tipo de Salario	

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

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
<b>PENSIÓN</b>		Administradora	231001-COLFONDOS
Días	30	IBC	\$ 3.200.000
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 512.000
FSP - Solidaridad	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	<b>Total Aporte</b>	<b>\$ 512.000</b>

<b>SALUD</b>		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Días	30	IBC	\$ 3.200.000
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 400.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	<b>Total Aporte</b>	<b>\$ 400.000</b>

<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>		Administradora	14-23-POSITIVA COMPANIA DE
Días	30	IBC	\$ 3.200.000
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	73572445	<b>Total Aporte</b>	<b>\$ 16.800</b>

<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 928.800</b>
----------------------	-------------------