CORCUMVI NIT 822001245-4	VERIFICACIÓN DOCUMENTAL RADICACIÓN CUENTAS DE COBRO (TESORERÍA)	Código: FR - 049
		Versión: 006
		Fecha: 28 de Abril de 2022.

NOMBRES DEL CONTRATISTA:	Leyla Hernandez Bermudez		
N° DE PROCESO SECOP II:			
CONTRATO N°:	167	**PERIODO DE PAGO N°:**	4

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR EN LAS CUENTAS DE COBRO, EN ESTE ORDEN Y SON SOPORTE DEL EGRESO (PAGO)

DOCUMENTOS	PRIMER PAGO/ ÚNICO	DEL SEGUNDO AL PENÚLTIMO PAGO	ULTIMO PAGO LIQUIDACIÓN	SI	NO
CUENTA DE COBRO O FACTURA (Autorizando Consignar en Cuenta Bancaria)	X	X	X		
COPIA DEL RUT	X	N/A	N/A		
COPIA ALTA DE ALMACÉN (Suministro)	X	N/A	N/A		
CERTIFICADO BANCARIO (De la Cuenta Donde Solicita se Consigne)	X	N/A	N/A		
COPIA ACTA DE INICIO (Debidamente Firmada)	X	N/A	N/A		
COPIA INFORME DE SUPERVISIÓN (Debidamente Firmado)	X	X	X		
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL (Planilla Asistida), ADJUNTANDO COPIA DE RECIBO DE PAGO (Por el 40% del Valor del Contrato si es Persona Natural)	X	X	X		
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL DONDE INDIQUE QUE SE ENCUENTRA AL DÍA (CPS)	X	X	X		
CONSTANCIA DE ESTAR CUMPLIENDO CON LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL SI APLICA (Persona Juridica)	X	X	X		
PAZ Y SALVO PARAFISCALES - ICBF, SENA Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR (Contratos de Obra)	N/A	N/A	X		
COPIA DE ACTA DE LIQUIDACIÓN (Debidamente firmada)	N/A	N/A	X		
COPIA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA (Debidamente Firmada)	X	N/A	N/A		
CERTIFICACIÓN DE DECLARANTE O NO DECLARANTE DE RENTA (Aplica para Persona Natural)	X	N/A	N/A		
COPIA PAZ Y SALVO ALMACÉN (Debidamente Firmada)	N/A	N/A	X		

****PARA ÚNICO PAGO SE DEBEN ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS***

HISTORICO DEVOLUCIONESY REINTEGRO

Observaciones	*Fecha Devolucion*	*Recibe*	*Fecha de Reingreso*	*Recibe*

Recibido y revisado Recepción

Nombre: Maryi Ortiz

N° Radicado: 09572024

Fecha: 18-11-24

Verificado Tesorería

Nombre: _____

FECHA:16 de noviembre de 2024

CUENTA DE COBRO No. 001

CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL
DE VILLAVICENCIO
NIT. 822.001.245-4
Carrera 45 N° 8-16/50 La Esperanza
Villavicencio, Meta

D E B E A:

Nombre: LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
C.C. 39.616.359 DE FUSAGASUGA

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000)**

Por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA PROMOCIÓN, DIVULGACIÓN Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNICATIVAS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LECTURA DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI

Periodo: 1 DEL DIECISEIS (16) DE OCTUBRE AL QUINCE (15) DE NOVIEMBRE DEL CONTRATO 167 DE 2024

Autorizo consignar a la cuenta de ahorros N° 841184300-09 DE BANCOLOMBIA

"Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que sobre los ingresos percibidos no tomaré costos y deducciones asociados a las rentas laborales objeto de mi contrato en la declaración de renta correspondiente al año gravable 2024, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Favor aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto tributario".

LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
C.C 39.616.359 DE FUSAGASUGA
Contratista.

CORCUMVI NIT 822001245-4	**ACTA DE INICIO**	**Código: FR – 036**
		Versión: 003
		Fecha: 04 de Julio del 2019

En Villavicencio, el dieciséis (16) de octubre del 2024, se da inicio al contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN N°.167 del dieciséis (16) de octubre de 2024, cuyo contratista es LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía N°.39.616.359 expedida de Fusagasugá, quien conoce el contrato:

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA PROMOCIÓN, DIVULGACIÓN Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNICATIVAS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LECTURA DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI.

VALOR: El valor total del presente contrato es de TRES **MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS** M/CTE (**$ 3'750.000**).
PLAZO: "UN" (01) MES Y QUINCE (15).
FECHA TERMINACIÓN: treinta (30) de noviembre del 2024

En constancia de lo anterior, se firma en Villavicencio – Meta, a los dieciséis (16) días del mes de octubre de 2024.

LUCILA GOMEZ TORRES
C.C. 40.399.561 DE VILLAVICENCIO
SUPERVISOR

LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
C.C. 39.616.359 DE FUSAGASUGÁ
CONTRATISTA

DIANA PAOLA URBANO BAQUERO
C.C. 30.080.502 DE VILLAVICENCIO
APOYO A LA SUPERVISIÓN

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMAS
ELABORÓ	DIANA PAOAL URBANO BAQUEROA	COORDINADORA PROMOTORES DE LECTURAS	
REVISÓ	YANET CARDENAS	SECRETARIA	

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 333202

Martes, 22 de octubre de 2024, 11:13:47 a. m.

Detalle

$169.300
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	SOI ACH
Débito desde:	Cuenta Corriente *6947
Descripción:	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Fecha y hora inicio transacción	2024-10-22 11:12:24
NIT del comercio	9998300785126
Número de factura	7946449711
Código Único de Seguimiento	997614309
Dirección IP:	191.104.45.252
Referencia 1:	10.80.25.153
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	39616359

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39616359
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 42 46 A 25	TELÉFONO:	3102354
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7946449711	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ [illegible]

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 0	$ 0	$ [illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD								ARP														
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO A TENER SEGURIDAD SOCIAL	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	MINCULT TOTAL APORTE
1	CC 39616359	HERNANDEZ BERMUDEZ LIGIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	INDEMN SUSTOLV SALDOS	$ 1.300.000			NO																					$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ CEPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 39616359	$ 6.800		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 169.300

planilla pagada
aci SOI
planilla pagada

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.759

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **HERNANDEZ BERMUDEZ LIGIA** identificado(a) con **CC** número **39.616.359** recibió una Devolución de Saldos de **VEJEZ**, por valor de **$ 37.521.231** generada el **10 de febrero de 2023.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de septiembre de 2024

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ** identificado con **CC** No. **39616359**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
CORPORACION CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI - NI. 822001245	**Fecha de inicio de cobertura:** 16/10/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/10/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401021381985.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Villavicencio, 18 de noviembre del 2024

INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO Nº. 167 DEL ONCE (11) DE OCTUBRE DEL 2024
PERIODO N°. 1
DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE DEL 2024

1. DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN:

Mediante acta de nombramiento de fecha ONCE (11) de OCTUBRE del 2024, firmada por el director de la Corporación Cultural Municipal de Villavicencio, del contrato objeto de este informe se designaron como:

Aplica	No Aplica	DESIGNACIÓN	NOMBRE
X		Supervisor	LUCILA GÓMEZ TORRES
X		Apoyo a la supervisión	DIANA PAOLA URBANO BAQUERO
		Interventor	

OBJETIVO: Mantener informado a la Corporación Cultural Municipal de Villavicencio sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias y verificar que las actividades realizadas sean ejecutadas con calidad y en los términos establecidos.

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO Nº	CONTRATO Nº. 167 DEL ONCE (11) DE OCTUBRE DEL 2024
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
CONTRATISTA:	LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ C.C. 39.616.359 DE FUSAGASUGA
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA PROMOCIÒN, DIVULGACION Y REALIZACION DE ACTIVIDADES COMUNICATIVAS DEL PROGRAMA DE PROMOCION DE LECTURA DE LA CORPORACIÒN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVII

2.1. CONDICIONES INICIALES

VALOR DEL CONTRATO:	TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($ 3.750.000).
PLAZO DE EJECUCIÓN:	UN (1) MES Y QUINCE (15) DIAS

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

FECHA DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORÍA:	ONCE (11) DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE INICIO:	DIECISEIS (16) DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA (30) DE NOVIEMBRE DE 2024

2.2. MODIFICACIONES APLICA ☐ NO APLICA ☒

CESIÓN:	NOMBRE DEL NUEVO CONTRATISTA	FECHA: DÍA (X) DE MES DEL 20XX
VALOR DE LA CESIÓN	VALOR EN LETRAS M/CTE ($ X.XXX.XXX). FECHA: DÍA (X) DE MES DEL 20XX	
ADICIÓN EN VALOR	--- M/CTE ($ -).	FECHA: NUMERO EN LETRAS" (X) MES DEL --
PRORROGAS, SUSPENSIONES O REINICIOS.	"NUMERO EN LETRAS" (X) MESES Y "NUMERO EN LETRAS" (X) DÍAS.	FECHA: DÍA (X) DE MES DEL 20XX
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	-	

3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

ÍTEM 1			ÍTEM 2			ÍTEM 3			ÍTEM 4			ÍTEM 5			ÍTEM 6		
SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
X			X			X			X			X			X		

ÍTEM 7			ÍTEM 8		
SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
X			X		

OBSERVACIONES DURANTE ESTE PERIODO	En este PERIODO No. 1 correspondiente al 16 de octubre al 15 de noviembre del 2024 , la contratista cumplió con la ejecución de cada item estipulado en el contrato 167 de 2024. La contratista anexo las respectivas evidencias de su ejecución.

PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO EJECUTADO: 66.66%

3.1. INFORMES PARCIALES: APLICA ☐ NO APLICA ☒

INFORME PARCIAL N°.	PERIODO	RANGO DE FECHAS	PORCENTAJE EJECUTADO
1		Día (X) De Mes Del 20XX al Día (X) De Mes Del 20XX	XX%
2		Día (X) De Mes Del 20XX al Día (X) De	XX%

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

4. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES:

Se verificó el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo laborado por el Contratista.

OCTUBRE DE 2024	
IBC	$ 1.300.000
SALUD	$162.500
PENSIÓN	$pensionada
RIESGOS PROFESIONALES (ARL)	$ 6.800
N° DE PLANILLA	7946449711

MES/AÑO	
IBC	$
SALUD	$
PENSIÓN	$
RIESGOS PROFESIONALES(ARL)	$
N° DE PLANILLA	

4.1 HISTÓRICO IBC DEL PRESENTE CONTRATO:

VALOR DEL CONTRATO: $3.750.000		IBC DEL CONTRATO: $1.500.000	
PERIODO	**MES Y AÑO**	**N°. PLANILLA**	**VALOR IBC PAGADO**
1	OCTUBRE DE 2024	7946449711	$1.300.000
		TOTAL PAGADO	**$1.300.000**

5. AVANCE FINANCIERO INICIAL

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	0	--	0
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.750.000	16/10/2024 AL 30/11/2024	100%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$2.500.000	16/10/2024 AL 15/11/2024	66.66%
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 1.250.000	16/11/2024 AL 30/11/2024	33.34%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 3.750.000	16/10/2024 AL 30/11/2024	100%

5.1. AVANCE FINANCIERO ADICIÓN APLICA ☐ NO APLICA ☒

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	0	--	0
VALOR DE LA ADICIÓN	$		100 %

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE PERIODO	$		%
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	-0-	-0-	-0-
VALOR TOTAL DE LA ADICIÓN	$		100%

6. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

De acuerdo a la información anteriormente suministrada, como supervisor y/o contratista en apoyo a la supervisión certifico que durante el **PERIODO N°.1** comprendido entre el DIECISEIS (16) de OCTUBRE del 2024 y el QUINCE (15) de NOVIEMBRE del 2024, el contratista cumplió a satisfacción con las actividades objeto del **CONTRATO Nº. 167** del ONCE (11) de OCTUBRE del 2024, además desarrolló todas las obligaciones pactadas y cumpliendo con el pago del sistema de seguridad social.
Igualmente certifico que revisé las evidencias requeridas, como: registro fotográfico, planillas, formatos, información en el CD/DVD y demás información que demuestra el cumplimiento de las actividades del contrato.

OBSERVACIONES GENERALES DEL CONTRATO	Ninguna.

Por lo anterior se autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000).**

LUCILA GÓMEZ TORRES
C.C. 40.399.561 DE VILLAVICENCIO
SUPERVISOR O INTERVENTOR

DIANA PAOLA URBANO BAQUERO
C.C 30.080.502 DE VILLAVICENCIO
APOYO A LA SUPERVISION

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMAS
ELABORÓ	Paola Urbano Baquero	Apoyo a la Supervisión	
REVISÓ	Yanet Cárdenas Mejía	Apoyo a la Supervisión	

Declaración Juramentada para efectos tributarios – Ley 1819 de 2016 sistema de determinación del impuesto sobre la Renta de las personas naturales.

Yo, LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ, identificada[o] con CC número **39.616.359** expedida en la ciudad de FUSAGASUGA obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago 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 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).
   ( ) Pensiones (jubilación, vejez, sobrevivientes, indemnizaciones sustitutivas de pensiones, etc.).
   ( ) 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).
   ( ) Dividendos y participaciones.

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, respecto del año gravable 2024, tengo la condición de:
   Declarante ( ) No Declarante ( )

4. Que respecto del año gravable 2023, mis ingresos totales, SI ( ) ó NO( ) fueron iguales o superiores a mil cuatrocientos (1.400) UVT ($42.412) ($59.376.800 sin incluir el IVA)

5. 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 17 días del mes de NOVIEMBRE de 2024.

Ligia Hernandez B

Firma:
Nombre: LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
Documento de Identificación: 39.616.359 DE FUSAGASUGA
Correo Electrónico: lihebevillavo@hotmail.com
Dirección: cra 42 48-25
Teléfono: 3102354054