CORCUMVI NIT 823001245-4	VERIFICACIÓN DOCUMENTAL RADICACIÓN CUENTAS DE COBRO (TESORERÍA)	Código: FR - 049 Versión: 007 Fecha: 14 de Febrero de 2025

NOMBRES DEL CONTRATISTA:	Ligia Hernandez Bermudez.		
N° DE PROCESO SECOP II:			
CONTRATO N°:	062 -2025	PERIODO DE PAGO N°:	1

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

DOCUMENTOS	PRIMER PAG / ÚNICO	DEL SEGUNDO AL PENÚLTIMO PAGO	ULTIMO PAG LIQUIDACIÓ	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	X	X		
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/TERMINACION (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 DEL ACTA DE NOVEDAD (Si tuvo Adicion, suspension, prorroga,etc adjuntar copia de la misma) En los casos que aplique.	X	X	X		
COPIA PAZ Y SALVO ALMACÉN Y ARCHIVO (Debidamente Firmada)	N/A	N/A	X		
PANTALLAZO RECIBIDO DEL CORREO SIA OBSERVA (Enviar al correo siaobserva@corcumvi.gov.co escaneado Informe Contratacion y Tesoreria, los pdf no deben exceder de 4 Megas)	X	X	X		

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

HISTORICO DEVOLUCIONESY REINTEGRO

Observaciones	Fecha Devolucion	Recibe	Fecha de Reingreso	Recibe
Verificado Secop:				

Recibido y revisado Recepción

Nombre: Ginna Moreno

N° Radicado: 01672025

Fecha: 09-04-2025

Verificado Tesoreria

Nombre:

Powered by CamScanner

FECHA:4 DE ABRIL DE 2025

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 FUSGASUGA

La suma de **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000)**

Por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA PROMOCION, DIVULGACION Y REALIZACION DE CONTENIDOS COMUNICACIONALES PARA EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LECTURA DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI.

Periodo: 1 DEL 4 DE MARZO AL 3 DE ABRIL DE 2025 CONTRATO No. 062 DE 2025

Autorizo consignar a la cuenta de ahorros No. 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.

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141141407439

(415)7707212489984(8020) 000014114140743 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 6 1 6 3 5 9	5	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 6 1 6 3 5 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	BERMUDEZ	LIGIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CR 42 48 A 25 CA 42 CONJ BALCONES DE SAINT NICOLAS SEC PANORAMA

42. Correo electrónico lihebevillavo@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 3 5 4 0 5 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 0 1 0	2 0 0 4 0 7 0 8	7 3 1 0	2 0 0 4 0 7 0 8	6 3 1 2 5 9 1 1	1 4 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ BERMUDEZ LIGIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-03-2023 12:04:03PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Certificación Bancaria

Jueves, 3 de abril de 2025

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ** *identificado(a)* con CC. **39616359** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	841-184300-09	2021/02/11	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

Powered by CamScanner

CORCUMVI	ACTA DE INICIO	Código: FR – 036
		Versión: 003
		Fecha: 04 de Julio del 2019

En Villavicencio, el cuatro (04) de marzo del 2025, se da inicio al contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°. 062 del (veintiocho) 28 de febrero de 2025, cuyo contratista es **LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ** , identificado(a) con Cédula de ciudadanía N°. 39.616.359 expedida en Fusagasugá , quien conoce el contrato:

OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA PROMOCIÓN, DIVULGACIÓN Y REALIZACIÓN DE CONTENIDOS COMUNICACIONALES PARA EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LECTURA DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI.".

VALOR: El valor total del presente contrato es de **DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($12.000.000).**
PLAZO: "CUATRO" (04) MESES
FECHA TERMINACIÓN: tres (03 de julio del 2025

En constancia de lo anterior, se firma en Villavicencio – Meta, a los cuatro (04) días del mes de marzo de 2025.

LUCILA GOMEZ TORRES
C.C. 40.399.561 DE VILLAVICENCIO
SUPERVISOR

LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
C.C. 39.616.359 DE FUSAGASUGA
CONTRATISTA

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMAS
ELABORÓ	[PAOLA URBANO]	[CONTRATISTA]	
REVISÓ	[YANET CARDENAS MEJIA]	[SECRETARIA]	

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 446202

Viernes, 14 de marzo de 2025, 9:14:58 a. m.

Detalle

$194.100
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	2025-03-14 09:13:26
NIT del comercio	9998300785126
Número de factura	7964217267
Código Único de Seguimiento	1335481322
Dirección IP:	191.104.44.20
Referencia 1:	10.80.25.153
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	39616359

OK

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	39616359
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCION:	CRA 42 48 A 25	TELEFONO:	3102354
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7964217267	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1335481322

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8920001463	CCF34	CCF34-COFREM META	1	$ 8.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 194.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 194.100**

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACION	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	39816359
ZON SOCIAL			LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
DIGO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
	CRA 42 48 A 25	TELÉFONO	3102264
NTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
N	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
ESENTACION	ÚNICO		
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			79642172[illegible]	TIPO DE PLANILLA	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2025/03/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPSI002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
												$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
								$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF34-COFREM META	1	$ 8.800	$ 0	$ 8.800
		$ 8.800	$ 0	$ 8.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500			NO	01																

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT.	PENSIÓN IBC	PENSIÓN FSP COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	PENSIÓN INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT.	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT.	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 396152[illegible]	$ 7.500

PARAFISCALES: IBC	PARAFISCALES: ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
$ 1.423.500	CCF34-COFREM META	$ 8.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 194.100

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

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 02 de abril de 2025

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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:** 04/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 03/07/2025 **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): 202501014101223.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de abril de 2025.

Cordialmente,

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

Powered by CamScanner

Villavicencio, 7 de abril de 2025

INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO Nº. 062 DEL VEINTIOCHO (28) DE FEBRERO DEL 2025
PERIODO N°. 1
DEL 4 DE MARZO AL 3 DE ABRIL DEL 2025

1. DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN:
Mediante acta de nombramiento de fecha 28) de Febrero del 2025, 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		Contratista en 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. 062 DEL VEINTIOCHO (28)) DE FEBRERO DEL 2025
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATISTA:	LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ C.C. 39.616.359 DE FUSAGASUGA
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA PROMOCIÓN, DIVULGACIÓN Y REALIZACIÓN DE CONTENIDOS COMUNICACIONALES PARA EL PROGRAMA DE PROMOCION DE LECTURA DE LA CORPORACION CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI.

2.1. CONDICIONES INICIALES

VALOR DEL CONTRATO:	DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 12.00.000).
PLAZO DE EJECUCIÓN:	"CUARO (4) MESES
FECHA DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORÍA:	VEINTIOCHO (28) DE FEBRERO DE 2025

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

Powered by CamScanner

FECHA DE INICIO:	CUATRO (4) DE MARZO DEL 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	TRES (3) DE JULIO DE 2025

2.2. MODIFICACIONES APLICA ☐ NO APLICA ☒

CESIÓN:		FECHA:) DE DEL 20
VALOR DE LA CESIÓN	FECHA: DE DEL 20	
ADICIÓN EN VALOR	).	FECHA:
PRORROGAS, SUSPENSIONES O REINICIOS.		FECHA: DE DEL 20
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		

OBSERVACIONES DURANTE ESTE PERIODO	La contratista ejecuto las actividades relacionadas en cada uno de los ítem del contrato en mención del 1,2,3,4,5 Y 6 , todas la evidencias fotográficas la contratista las adjunta en el informe No.1.

3.1. INFORMES PARCIALES: APLICA ☐ NO APLICA ☒

INFORME PARCIAL N°.	PERIODO	RANGO DE FECHAS	PORCENTAJE EJECUTADO
1			

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.

MARZO DE 2025	
IBC	$ 1.423.000
SALUD	$ 178.000
PENSIÓN	$ PENSIONADA
RIESGOS PROFESIONALES (ARL)	$ 7.500
N° DE PLANILLA	7964217267

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

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

Powered by CamScanner

4.1 HISTÓRICO IBC DEL PRESENTE CONTRATO:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $12.000.00		IBC (40% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO): $4.800.000	
PERIODO	**MES Y AÑO**	**N°. PLANILLA**	**VALOR IBC PAGADO**
1	MARZO DE 2025	7964217267	$1.423.000
		TOTAL PAGADO	**$1.4230.000**

PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO EJECUTADO: 25%

5. AVANCE FINANCIERO INICIAL

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	0	--	0
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.000.000	4/03/2025 AL 3/07/2025	100 %
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE PERIODO	$ 3.000.000	4/03/2025 AL 3/04/2025	25 %
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 9.000.000	4/04/2025 AL 3/07/2025	75%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 12.000.000	4/03/2025 AL 3/07/2025	100%

5.1. AVANCE FINANCIERO ADICIÓN APLICA ☐ NO APLICA ☒

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	0	--	0
VALOR DE LA ADICIÓN	$		100 %
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE PERIODO	$		%
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$		%
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 CUATRO (4) de MARZO del 2025 y el TRES (3) de ABRIL del 2025, el contratista cumplió a satisfacción con las actividades objeto del **CONTRATO Nº. 062** del VEINTIOCHO (28) de FEBRERO del 2025, 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

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

Powered by CamScanner

actividades del contrato.

OBSERVACIONES GENERALES DEL CONTRATO	NINGUNA

Por lo anterior se autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 3.000.000).**

LUCILA GÓMEZ TORRES
C.C. 40.399.561 DE VILLAVICENCIO
SUPERVISOR

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	DIANA PAOLA URBANO	APOYO A LA SUPERVISIÓN	
REVISO	YANET CARDENAS MEJIA	APOYO A LA SUPERVISIÓN	

Powered by CamScanner

Declaración Juramentada para efectos tributarios – Ley 1819 de 2016 modificado por la Ley 2277 de 2023 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 BUCARAMANGA, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago objeto de esta declaración:

Que la Ley 1819 de 2016, modificada por la Ley 2277 de 2022, 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; por lo anterior, me permito indicar que teniendo en cuenta que los ingresos a que hago referencia en el presente documento son rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, certifico que:

1. Que, **SI ( )** ó **NO (X)** tomaré costos o deducciones asociados a dichas rentas.
2. Que, respecto del año gravable 2024, tengo la condición de **Declarante (X)** ó **No Declarante ( )**
3. Que respecto del año gravable 2024, mis ingresos totales, **SI ( )** ó **NO (X)** fueron iguales o superiores a mil cuatrocientos 1.400 UVT ($65.891.000) sin incluir el IVA.
4. 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 4 días del mes de abril de 2025.

Firma:
Nombre: LIGIA HERNANDEZ BERMUDEZ
Documento de Identificación: 39.616.359
Correo Electrónico: lihebevillavo@hotmail.com
Dirección: cra 42 48ª 25 CA 42 Conj Balcones de Saint Nicolas Panorama
Teléfono: 3102354054

Powered by CamScanner