CORCUMVI NIT 822001243-4	VERIFICACIÓN DOCUMENTAL RADICACIÓN CUENTAS DE COBRO (TESORERÍA)	Código: FR - 049
		Versión: 007
		Fecha: 14 de Febrero de 2025.

NOMBRES DEL CONTRATISTA:	JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA.		
N° DE PROCESO SECOP II:			
CONTRATO N°:	124	PERIODO DE PAGO N°:	02

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	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	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: Naomi Guevara

N° Radicado: 09032025

Fecha: 04/09/2025

Verificado Tesorería

Nombre:

FECHA:1 de septiembre de 2025

CUENTA DE COBRO No.02

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:

JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA
C.C. 1.121.873.305 De Villavicencio

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

Por concepto de: **PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA PROMOCIÓN, DIFUSIÓN Y CIRCULACIÓN DE EVENTOS MEDIANTE LA CREACIÓN DE PODCAST, COMERCIALES DE RADIO Y REDES SOCIALES, VOZ EN OFF Y OTROS CONTENIDOS COMUNICACIONALES ASÍ COMO LA PRESENTACIÓN DE LOS EVENTOS REALIZADOS POR LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO – CORCUMVI**

Periodo 2; 9 de junio al 8 de julio de 2025 del contrato 124 de 2025

Autorizo consignar a la cuenta de ahorros de BANCO BOGOTA N° **853281319**

"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".

JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA
Contratista.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.121.873.305 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 853281319, abierta/o desde el 21/5/2024.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Junio del año 2025 con destino a:
INSTITUTO DE TURISMO DEL META

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Villavicencio, 01 de septiembre de 2025

INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO Nº. 124 DEL VEINTIOCHO (8) DE MAYO 2025
PERIODO N°. 2
DEL 9 DE JUNIO AL 8 DE JULIO DEL 2025

1. DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN:

Mediante acta de nombramiento de fecha OCHO (8) de mayo 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	[ ]	Apoyo a la supervisión	LUZ STELLA PEÑALOZA MEJIA
[ ]	[ ]	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. 124 DEL OCHO (8) DE MAYO DEL 2025
CLASE DE CONTRATO:	CONTRATO DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
CONTRATISTA:	JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA C.C. 1.121.873.305 DE VILLAVICENCIO
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA PROMOCIÓN, DIFUSIÓN Y CIRCULACIÓN DE EVENTOS MEDIANTE LA CREACIÓN DE PODCAST, COMERCIALES DE RADIO Y REDES SOCIALES, VOZ EN OFF Y OTROS CONTENIDOS COMUNICACIONALES ASÍ COMO LA PRESENTACIÓN DE LOS EVENTOS REALIZADOS POR LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO – CORCUMVI

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

2.1. CONDICIONES INICIALES

VALOR DEL CONTRATO:	DOCE MILLONES DE PESOS MCTE M/CTE ($ 12.000.000).
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CUATRO (4) MESES
FECHA DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORÍA:	OCHO (8) DE MAYO DE 2025
FECHA DE INICIO:	NUEVE (09) DE MAYO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	OCHO (08) DE SEPTIEMBRE 2025

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		
SI	NO	N/A
X		

OBSERVACIONES DURANTE ESTE PERIODO	El contratista en este SEGUNDO PERIODO correspondiente a 9 de junio al 8 de Julio de 2025, cumplió con la ejecución de los ítem 1 al 7, como se evidencia en su informe de contratista 124 DE 2025.

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

PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO EJECUTADO: 50%

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 Mes Del 20XX	XX%

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.

JUNIO/2025	
IBC	$ 1.423.500
SALUD	$178.0000
PENSIÓN	227.800
RIESGOS PROFESIONALES(ARL)	$7.500
N° DE PLANILLA	89463070

4.1 HISTÓRICO IBC DEL PRESENTE CONTRATO:

VALOR DEL CONTRATO: $12.000.000		IBC DEL CONTRATO: $4.800.00	
PERIODO	MES Y AÑO	N°. PLANILLA	VALOR IBC PAGADO
1	MAYO	9486101542	$1.440.000
2	JUNIO	89463070	$1.423.500
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		TOTAL PAGADO	$2.847.000

5. AVANCE FINANCIERO INICIAL

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	0	--	0
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.000.000	09/05/2025 al 08/09/2025	100%
PRIMER PAGO	$ 3.000.000	09/05/2025 al 08/06/2025	25%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$3.000.000	09/06/2025 al 08/07/2025	25%

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

SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 6.000.000	09/07/2025 al 08/09/2025	50%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 12.000.000	09/05/2025 al 08/09/2025	100%

5.1. AVANCE FINANCIERO ADICIÓN APLICA ☐ NO APLICA ☒

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

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°2** comprendido entre el NUEVE (9) de JUNIO del 2025 y el OCHO (08) de JULIO del 2025, el contratista cumplió a satisfacción con las actividades objeto del **CONTRATO Nº. 124** del OCHO (8) de MAYO 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 actividades del contrato.

OBSERVACIONES GENERALES DEL CONTRATO	

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 O INTERVENTOR

LUZ STELLA PEÑALOZA MEJIA
CC 30.319.431 DE MANIZALES
APOYO A LA SUPERVISION

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
ELABORO	LUZ STELLA PEÑALOZA MEJIA	CPS EVENTPS	

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121873305	JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA	cra 33 3c-03	6700779	stellapm0413@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	1	01/09/2025	89463070	$429,300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	178.000	0		0		0	61	6.900	0	184.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	61	8.800	0	236.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	61	300	7.800			75	7.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	61	0	0	0
ICBF				
0	61	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	184.900
Pensión	1	227.800	236.600
Riesgos Laborales	1	7.500	7.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	429.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121873305	JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA	cra 33 3c-03	6700779	stellapm0413@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	01/09/2025	89463070	$429.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Suspensión	Extranjero sin Cédula	Cotiz. Exterior	Exonerado	IRP	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1121873305	TIBAVIJA CUTA JUAN PABLO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC55	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

← Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
$ 429.300,00

Fecha
01 de septiembre de 2025 a las 04:25 p. m.

Referencia
M17791706

87

Hacienda

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, **JUAN PABLO TIBAVIJA CUTA** identificado con **CC No. 1121873305**, 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:** 09/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de Inicio de Contrato:** 09/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 08/09/2025 **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): 202501015103263.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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