| GOBERNACIÓN DE Boyacá | FORMATO | VERSIÓN: 2 |
|---|---|---|
| | | CÓDIGO: A-GF-GI-F-008 |
| CONSTANCIA DE RADICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | FECHA: 05/Mar/2020 |

Contrato No. 295

Contratista: ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA

Teléfono y Correo Electrónico: 3208799819 - bohorquez.1288.c@gmail.com

Periodo Informe Supervisión: Del 26 de Abril de 2021 al 25 de Mayo de 2021

| DOCUMENTO | DESTINO |
|---|---|
| | CENTRAL DE CUENTAS |
| Constancia de Radicación Contratos de Prestación de Servicios | X |
| Registro Presupuestal. RPC, No 534 **Para primer pago o pago único.** | X |
| Registro Presupuestal. RPC, No._____Sistema Genera de Regalías. | X |
| Certificación Bancaria, a nombre del contratista para Primer Pago o pago único. Entidad Bancaria DAVIVIENDA Cuenta AHORROS No.176700035098<br>Nota: Anexar cada vez que se realice cambio en la cuenta bancaria | X |
| Copia Contrato. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere. 1er pago o pago único. | X |
| Asignación de Apoyo Supervisión. Primer Pago y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuando aplique | X |
| Acta de Iniciación Contrato. 1er pago o pago único. | X |
| Acta de aclaración | X |
| Actas de suspensión | X |
| Actas de reiniciación | X |
| Acta parcial. No. 4 | X |
| Factura o Documento Equivalente (Articulo 617 y 618 de Estatuto Tributario) | X |
| Acta de Terminación | X |
| Acta de recibo final | X |
| Acta liquidación | X |
| Acta aclaratoria acta de liquidación Contrato de Prestación de servicios | X |
| Planillas aportes en seguridad social No. 7785812173, 7787930920 Mes ABRIL Y MAYO _____Año 2021 del periodo a pagar. | X |
| Para Personas Naturales Certificación por parte del contratista de aportes en seguridad social y para efectos de Retención en la fuente de acuerdo al Art. 18 de la Ley 1819 de 2016 que adiciona el Art. 388 del Estatuto Tributario; en lo que compete a Número de Empleados informando el régimen al que pertenece | X |
| Certificación de Pago Seguridad Social y Parafiscales para personas jurídicas, suscrito por el representante legal y/o revisor Fiscal, con tarjeta profesional y certificado de antecedentes emitido por la Junta Central de Contadores, cuando aplique. | X |
| Registro Único Tributario. RUT. Impreso máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente. | X |
| Certificación de Afiliación ARL<br>Informe de Actividades | X |

Radicado No. S-2021-004314-SALDPP

**OBSERVACIONES:**

1. Los datos consignados son tomados de los documentos originales que reposan en el expediente contractual suscrito por los intervinientes y bajo su absoluta responsabilidad.
2. Los datos registrados varían de acuerdo con la naturaleza del contrato.
3. Los soportes precontractuales reposan en el expediente, incluidos los estudios previos.
4. Los rendimientos que llegaren a producir los recursos entregados al contratista a título de anticipo pertenecerán al Tesoro.
5. Los datos diligenciados por Funcionario de Central de Cuentas deben contener Nombre completo, claro y legible.
6. Los documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.

**Diligenciado por Funcionario Central de Cuentas**

Recibido por: Número de Folios

Fecha y Hora: Radicado No:

| | | |
|---|---|---|
| Boyacá | **FORMATO** | **VERSIÓN: 0** |
| | | **CÓDIGO: A-AD-GC-F-042** |
| **ACTA PARCIAL** | | **FECHA: 24/Jul/2019** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL | 4 | | |
| FECHA PRESENTE ACTA | 25/05/2021 | | |
| CONTRATO __X___ CONVENIO _____ | 295 | DE FECHA: 26/01/2021 | |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI Nº8 | | |
| CONTRATISTA | ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA | | NIT:1013601597-2 |
| | | | C.C:1013601597 |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR | SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA | | C.C:33366141 |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO : | VALOR INICIAL : | $ 28.784.000,00 | |
| | APORTE DEL DEPARTAMENTO: | $ 0,00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $0.00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $0.00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | | $ 28.784.000,00 | |
| PLAZO INICIAL | OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS | | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N.A | De Fecha: N.A. | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N.A | De Fecha: N.A. | |
| PLAZO TOTAL | OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS | | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 26/01/2021 | | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° | De Fecha: N.A | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° | De Fecha: N.A | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 25/09/2021 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | N.A | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | Del 26 de abril de 2021 al 25 de mayo de 2021. | | |
| RBPP N° | 2020 00415 0187 | | |

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 534 AÑO: 2021

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA Interventor / Supervisor y el señor ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 7785812173, 7787930920 de los meses de ABRIL Y MAYO de conformidad con la normatividad vigente.

## CONTROL ANTICIPOS

| | |
|---|---|
| Valor Anticipo | $0,00 |
| Sumatoria Amortizaciones | $0,00 |
| Saldo por Amortizar | $0,00 |

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

**BALANCE DE PAGO**

| CONCEPTO | DEBE | HABER |
|---|---|---|
| Valor del contrato | $ 28.784.000,00 | $ 0,00 |
| Amortización Anticipo | $ 0,00 | $ 0,00 |
| Valor a pagar de la presente acta | $ 0,00 | $ 3.598.000,00 |
| Valor Total actas pagadas | $ 0,00 | $ 10.794.000,00 |
| Saldo por ejecutar | $ 0,00 | $ 14.392.000,00 |
| **Sumas iguales** | $ 28.784.000,00 | $ 28.784.000,00 |

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CUENTA: 176700035098 | BANCO: Banco Davivienda S.A. | AHORROS:X | CORRIENTE: |

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2021-004313-SALDPP

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE ANEXO:
LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE) ANEXO: INFORME COMPLETO
DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1013601597 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CRA 4B NO 19-45 | TELÉFONO: | 7455555 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7785812173** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/04/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 968866352 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 230.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 230.300 | $ 0 | $ 230.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 230.300** | **$ 0** | **$ 230.300** |

**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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 179.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 179.900 | $ 0 | $ 0 | $ 179.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 179.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 179.900** |

**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 | $ 7.600 | $ 7.600 | $ 0 | $ 0 | $ 7.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 7.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | 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 | Vr UPC | 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 | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1013601597 | BOHORQUEZ CADENA ANGIE LORENA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.439.200 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.439.200 | $ 230.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 230.300 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.439.200 | $ 179.900 | $ 0 | $ 179.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.439.200 | 101360159 | $ 7.600 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 417.800** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1013601597 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CRA 4B NO 19-45 | TELÉFONO: | 7455555 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7787930920** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/05/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1000654119 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 230.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 230.300 | $ 0 | $ 230.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 230.300** | **$ 0** | **$ 230.300** |

**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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 179.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 179.900 | $ 0 | $ 0 | $ 179.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 179.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 179.900** |

**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 | $ 7.600 | $ 7.600 | $ 0 | $ 0 | $ 7.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 7.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | 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 | Vr UPC | 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 | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1013601597 | BOHORQUEZ CADENA ANGIE LORENA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.439.200 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.439.200 | $ 230.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 230.300 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.439.200 | $ 179.900 | $ 0 | $ 179.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.439.200 | 101360159 | $ 7.600 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 417.800** |

Tunja, 25 de mayo de 2021

Señores
**GOBERNACION DE BOYACA**
Ciudad

Estimados señores:

Yo, **Angie Lorena Bohorquez Cadena**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1013601597** expedida en Bogotá dando cumplimiento con lo estipulado en los Decretos 2271/2009 y 129/2010, Certifico:

1. Que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social (en Salud, Pensión y Riesgos Laborales) del mes de **abril y mayo** de **2021** corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. **0295** del **26** de _**enero**_ del_ **2021**_al _**25** de **septiembre** del_**2021**, suscrito con la Gobernación de Boyacá, materia del pago sujeto a Retención.

2. Que para efectos de retención en la fuente de acuerdo el Artículo 388 del Estatuto Tributario adicionado por el Artículo 18 de la Ley 1819 de 2016; en lo que compete a número de empleados, SI [ ] NO [X] tengo dos (2) o más empleados a mi cargo; **Si su respuesta es SI, anexar los soportes de las Planillas de Seguridad Social de los empleados.**

3. Que SI [X] NO [ ] Estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre la renta por el año gravable 2020.

4. Que en los términos del artículo 437 parágrafo del Estatuto Tributario, se considera como: Responsable [ ] no responsable [X]. del impuesto sobre las ventas

5. Pertenezco al régimen común de tributación de acuerdo a Ley de financiamiento 1943 de 2018 y refrendado por la Ley 2010 de 2019; incorporados en los artículos 903 y siguientes del ET.

   SI [ ] NO [x]

-La anterior certificación la adjunto con el propósito de que sea tenida en cuenta en el momento del pago para efectos de la deducción de la Base de retención en la fuente y la aplicación del Decreto 0099 del 25 de enero de 2013 y en el artículo 387 parágrafo 2 numerales 1 al 5 del Estatuto Tributario.

Atentamente,



**Angie Lorena bohorquez Cadena**
C.C 1013601597 de Bogotá
E-mail: jfalbc88@hotmail.com

Anexo: En caso de tener: Dependientes, créditos hipotecarios y/o cuentas AFC, anexar documento soporte de acuerdo a lo estipulado en el artículo 387 parágrafo 2 numerales 1 al 5 del Estatuto Tributario.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711492237

(415)7707212489984(8020) 000001471149223 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 3 6 0 1 5 9 7 | 2 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 3 6 0 1 5 9 7 | 2 0 0 7 0 1 0 4 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BOHORQUEZ | CADENA | ANGIE | LORENA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 4 B 19 45 BRR EL RODEO

42. Correo electrónico: jfalbc88@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 8 7 9 9 8 1 9 | |

## 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 |
| 8 6 9 9 | 2 0 1 4 0 2 0 4 | | | | | | | |

## 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

| Obligados 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2020 - 09 - 18 / 10 : 50: 52

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre SANCHEZ PEREZ LAUREANO
985. Cargo Analista II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

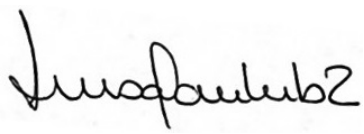
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1013601597, contratista de la empresa DEPARTAMENTO DE BOYACA, con NIT No. 891800498, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 26/01/2021 y fecha fin de contrato 25/09/2021 con 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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101015269059.

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de Mayo de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.