Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 4** **CÓDIGO: A-GF-GI-F-008**
CONSTANCIA DE RADICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		**FECHA: 24/Jun/2022**

Contrato No. 510

Contratista: JOHANNA CAROLINA SUAREZ RIOS

Teléfono y Correo Electrónico: 3132763554 - asesorajuridicaboy@gmail.com.,

Periodo Informe Supervisión: 16/06/2024 AL 15/07/2024

Certificación bancaria: Banco Banco Av Villas Ahorros X Corriente No 702788097

DOCUMENTO	**DESTINO** **CENTRAL DE CUENTAS**
Constancia de Radicación Contratos de Prestación de Servicios	**X**
Registro Presupuestal. RPC Para primer pago o pago único.	**X**
Registro Presupuestal. RPC SPGRSSF Sistema Genera de Regalías Para primer pago o pago único.	**X**
Certificación Bancaria, a nombre del contratista para Primer Pago o pago único. 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 Nota: El oficio de asignación de supervisión se debe presentar sólo en los eventos en que no se identifique el supervisor en la minuta del contrato	**X**
Acta de Iniciación Contrato. primer pago o pago único.	**X**
Acta de aclaración	**X**
Actas de suspensión	**X**
Actas de reiniciación	**X**
Acta parcial Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formatoacta parcial)	**X**
Factura electrónica o Documento Equivalente (Articulo 617 y 618 de Estatuto Tributario)	**X**
Acta de Terminación	**X**
Acta de recibo final Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de recibo final)	**X**
Acta liquidación	**X**
Acta aclaratoria acta de liquidación Contrato de Prestación de servicios	**X**
Planillas aportes en seguridad social del periodo autorizado 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 o con fecha de generación máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente.	**X**
Certificación de Afiliación ARL	**X**
Certificación de paz y salvo del sistema de información documental Quyne unicamente para pago final	**X**

Radicado No. S-2024-002087-HACDRF

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 documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.

Tunja, Julio 26 de 2024

Señores:
GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
Ciudad

Estimados señores

Yo, **JOHANNA CAROLINA SUAREZ RIOS** identificada con cédula de ciudadanía número 33.376.471 expedida en Tunja, dando cumplimiento a lo dispuesto con lo estipulado en los Decretos 2271/2009 y 129/2010, certifico:

1. Que los documentos, soportes de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) del mes de **JUNIO DE 2024** corresponden a los ingresos provenientes del **Contrato No. 510 DEL 16 DE FEBRERO DE 2024** con la Gobernación de Boyacá, materia de pago sujeto a retención.

2. Que para efectos de retención en la fuente de acuerdo con el Artículo 388 del Estatuto Tributario adicionado por el Articulo 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 2023.

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 simple de tributación de acuerdo a Ley de financiamiento de 2018 y refrendado por la Ley 2010 de 2019; incorporados en los artículos 903 del E.T 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,



JOHANNA CAROLINA SUAREZ RIOS
Cédula de Ciudadanía 33.376.471 de Tunja
Correo electrónico: yohanaksuarez@gmail.com

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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, **JOHANNA CAROLINA SUAREZ RIOS** identificado con **CC** No. **33376471**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DE BOYACA - NI. 891800498	**Fecha de inicio de cobertura:** 20/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 15/08/2024 **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): 202401017423869.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de julio 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