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. 2109

Contratista: BUENAVENTURA ROJAS MURCIA

Teléfono y Correo Electrónico: 3222924909 - rojasbuena@gmail.com

Periodo Informe Supervisión: 14 DE AGOSTO DE 2024 AL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Certificación bancaria: Banco Banco Davivienda S.A. Ahorros X Corriente No 0550488431002010

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-2024-000797-SECPLA

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.

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

ACTA PARCIAL	4		
FECHA PRESENTE ACTA	13/09/2024		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	2109	DE FECHA: 14/05/2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA GENERAR DIVERSOS ANÁLISIS GEOGRÁFICOS DE LAS LÍNEAS LIMÍTROFES DEL DEPARTAMENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS ASOCIADOS AL TERRITORIO (1,02).		
CONTRATISTA	BUENAVENTURA ROJAS MURCIA		NIT:74376117-6
			C.C:74376117
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES		C.C:1049630372
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 28.872.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 28.872.000,00	
PLAZO INICIAL	SEIS (6) 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	SEIS (6) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	14/05/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	13/11/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	14 DE AGOSTO DE 2024 AL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2024		
RBPP N°	2023 00415 0337		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 3985 AÑO: 2024, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE PLANEACIÓN se reunieron los señores, MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES Interventor / Supervisor y el señor BUENAVENTURA ROJAS MURCIA 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 y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 4568947499 del mes (es) AGOSTO DE 2024 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	$ 28.872.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.812.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 14.436.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 9.624.000,00
Sumas iguales	$ 28.872.000,00	$ 28.872.000,00

**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: 0550488431002010	BANCO: Banco Davivienda S.A.	AHORROS:	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: MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: BUENAVENTURA ROJAS MURCIA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-000796-SECPLA
* 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:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74376117
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BUENAVENTURA ROJAS MURCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 4 SUR 13-09	TELÉFONO:	3203840
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:		**4568947499**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999967310

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	$ 308.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 308.000	$ 1.200	$ 309.200
SUBTOTALES:										**$ 308.000**	**$ 1.200**	**$ 309.200**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 240.600	$ 0	$ 900	$ 0	$ 240.600	$ 900	$ 0	$ 241.500
SUBTOTALES:													**$ 240.600**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 241.500**

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	$ 10.100	$ 10.100	$ 100	$ 0	$ 10.200
SUBTOTALES:									**$ 10.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.200**

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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 74376117	ROJAS MURCIA BUENAVENTURA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.924.800				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.924.800	$ 308.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 308.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.924.800	$ 240.600	$ 0	$ 240.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.924.800	74376117	$ 10.100	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 560.900**

Tunja septiembre 13 de 2024

Señores
GOBERNACION DE BOYACA
Ciudad

Estimados señores:

Yo **BUENAVENTURA ROJAS MURCIA** identificado con cédula de ciudadanía **74376117** expedida en Duitama 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 agosto de 2024, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. **2109 de 2024**, 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 adicionadopor 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 Planillasde Seguridad Social de los empleados.**

3. Que SI [ ] NO [X] Estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre la renta por el año gravable 2023.

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

5. Pertenezco al régimen simple de tributación de acuerdo a la ley de financiamiento 1943 de 2018 y refrendado por la ley 2010 de 21019; 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,



BUENAVENTURA ROJAS MURCIA
C.C. No **74376117**
Cel: 3222924909
Email: rojasvuena@gmail.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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14917555638

(415)7707212489984(8020) 000001491755563 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 4 3 7 6 1 1 7	6	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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	7 4 3 7 6 1 1 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	MURCIA	BUENAVENTURA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

41. Dirección principal: CR 11 4 63 SUR

42. Correo electrónico: rojasvuena@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 2 9 2 4 9 0 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
7 2 1 0	2 0 1 4 0 9 2 2	8 5 5 9	2 0 1 4 0 9 2 2	8 5 2 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 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3
54. Código	57. Modo
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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: 1 61. Fecha 2023 - 05 - 31 / 11 : 35: 45

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 SALAMANCA BLANCA LILIA

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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, **BUENAVENTURA ROJAS MURCIA** identificado con **CC** No. **74376117**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DE BOYACA - NI. 891800498	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/05/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/11/2024 **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): 202401019313261.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de septiembre 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