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. 4303

Contratista: RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ

Teléfono y Correo Electrónico: 3118534037 - rrojasromez1@hotmail.com

Periodo Informe Supervisión: 07/11/2024 - 06/12/2024

Certificación bancaria: Banco Banco Davivienda S.A. Ahorros X Corriente No 0550488412924224

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-2024-000791-AMBDRH

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, Diciembre de 2024

Señores
GOBERNACION DE BOYACA
Ciudad

Estimados señores:

RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **40.023.559** expedida en **Tunja** 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 **noviembre** de **2024** corresponden a los ingresos provenientes del **Contrato No. 4303 de 2024**, suscrito con la Gobernación de Boyacá, materia del pago sujeto a Retención, Periodo autorizado a pagar 07/11/2024 al 06/12/2024.

2. Que para efectos de retención en la fuente de acuerdo al artículo 388 del Estatuto Tributario adicionado por el artículo 18 de la Ley 1819 de 2016; en lo que compete a número de empleados, **NO** tengo dos (2) o más empleados a mi cargo;

3. Que **SI** 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: **NO RESPONSABLE** del impuesto sobre las ventas

5. Que **NO** pertenezco al régimen simple de tributación de acuerdo a Ley de financiamiento 1943 de 2018, refrendado por la Ley 2010 de 2019; incorporados en los artículos 903 y siguientes del ET.

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,



RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ
Cédula de ciudadanía 40.023.559
Dirección: Transversal 17 B No. 32 A 14
E – mail: rrojasgomez1@hotmail.com
Móvil: 3118534037

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

TUNJA, BOYACA, **09/12/2024**
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **40023559**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488412924224**
Fecha de apertura	**29/01/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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, **RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ** identificado con **CC** No. **40023559**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DE BOYACA - NI. 891800498	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/11/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/11/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/12/2024 **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): 202401022225945.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de diciembre 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