 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. 3420

Contratista: Ingrid Johanna Parada Mendoza

Teléfono y Correo Electrónico: 3167620878 -
ingridjohanna.paradamendoza@gmail.com

Periodo Informe Supervisión: Del 1 de noviembre al 21 de diciembre de 2025

Certificación bancaria: Banco Bancolombia S.A. Ahorros Corriente No 29992007085

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 formato acta parcial)	X
Factura electrónica o Documento Equivalente (Artículo 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-2025-000768-URNI**

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.



INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA
CONTRATISTA

 GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE 2025	
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/>	No. 3420	DE FECHA: 06/10/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA GESTIÓN DE PRENSA Y COMUNICACIONES DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE RELACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES DE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ.	
CONTRATISTA	Ingrid Johanna Parada Mendoza	NIT:1094245057--4 C.C:1094245057 C.C:1121823849
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Jaime Andres Florez Murcia	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	\$ 8.520.675,00
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	\$ 0,00
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
VALOR TOTAL CON ADICIONES	\$ 8.520.675,00	
PLAZO INICIAL	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DÍAS	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha:
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha:
PLAZO TOTAL	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DÍAS	
FECHA DE INICIACIÓN	07/10/2025	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N° Error!	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	21/12/2025	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	1/11/2025 al 30/11/2025 - 1/12/2025 al 21/12/2025	
RBPP N°	2024 00415 0290	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 8878 AÑO: 2025, RPC No: AÑO: _____.

En las oficinas de UNIDAD ADMINISTRATIVA DE RELACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES se reunieron los señores, Jaime Andres Florez Murcia Interventor / Supervisor y el señor Ingrid Johanna Parada Mendoza 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, características 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° 91245707 92156857 del mes (es) noviembre y diciembre 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 financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según 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 o convenio	\$ 8.520.675,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 5.794.059,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 2.726.616,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	\$ 0,00	\$ 0,00
Sumas iguales	\$ 8.520.675,00	\$ 8.520.675,00

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

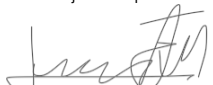
CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

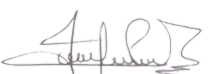
No. CUENTA: 29992007085	BANCO: Bancolombia S.A.	AHORROS: X	CORRIENTE:
-------------------------	-------------------------	------------	------------

*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: Jaime Andres Florez Murcia
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 
Nombre: Ingrid Johanna Parada Mendoza
CONTRATISTA

Radicado No. **S-2025-000767-URNI**

* 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.

INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA
CONTRATISTA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1094245057	INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA		carrera 92 # 8a - 76	3167620878	injohaparada87@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
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	
2025-12	2025-12	I	05/12/2025	92156857	\$673.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	371.200	0	0	0	0	0	0	0	371.200	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	12.200				12.200	0	0	12.200			122	12.200	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	290.000	290.000
Pensión	1	371.200	371.200
Riesgos Laborales	1	12.200	12.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	673.400	673.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1094245057	INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA		carrera 92 # 8a - 76	3167620878	injohaparada87@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	05/12/2025	92156857	\$673.400		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1094245057	PARADA MENDOZA INGRID JOHANNA	59	0			N																230201	2.320.000	371.200	0	0	0	0	EPS005	2.320.000	290.000	14-23	2.320.000	1	12.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1094245057	INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA		carrera 92 # 8a - 76	3167620878	injohaparada87@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
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	
2025-11	2025-11	I	06/11/2025	91245707	\$673.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	371.200	0	0	0	0	0	0	0	371.200	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	12.200				12.200	0	0	12.200			122	12.200	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	290.000	290.000
Pensión	1	371.200	371.200
Riesgos Laborales	1	12.200	12.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	673.400	673.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1094245057	INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA		carrera 92 # 8a - 76	3167620878	injohaparada87@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	06/11/2025	91245707	\$673.400		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1094245057	PARADA MENDOZA INGRID JOHANNA	59	0			N																230201	2.320.000	371.200	0	0	0	0	EPS005	2.320.000	290.000	14-23	2.320.000	1	12.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Tunja, diciembre de 2025

Señores

GOBERNACION DE BOYACA

Ciudad

Estimados señores:

Yo, Ingrid Johanna Parada Mendoza, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1094245057** expedida en Pamplona, Norte de Santander, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

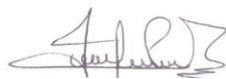
1. Según lo estipulado en el Decreto 2271/2009, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social (en Salud, Pensión y Riesgos Laborales) del mes de **noviembre y diciembre** corresponden a los ingresos provenientes del contrato **No. 3420 - 2025**, suscrito con la Gobernación de Boyacá, materia del pago sujeto a Retención.
2. Qué para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente, a la renta de trabajo, de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario, certifico que la actividad del objeto contractual no requiere para su ejecución costos y gastos. (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Nota: Informar si desea solicitar una retención en la fuente adicional a la establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

3. Que SI NO Estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre la renta por el año gravable 2024.
4. Que en los términos del artículo 437 parágrafo del Estatuto Tributario, se considera como: responsable No responsable del impuesto sobre las ventas
5. Pertenezco al régimen simple 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_
Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.
6. Certifico que la actividad económica (Código CIIU) 6391 contenida en el RUT, corresponde a las actividades propias del objeto contractual.

Esta 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,



INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA

C.C. 1094245057

injohaparada87@gmail.com

En caso de tener Dependientes economicos, Créditos hipotecarios y/o cuentas AFC, Medicina Prepagada; anexar documento soporte de acuerdo a lo estipulado en el artículo 387 parágrafo 2 numerales 1 al 5 de Estatuto Tributario, Art. 83 CPN.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

INGRID JOHANNA PARADA MENDOZA identificado con CC. 1094245057 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	DEPARTAMENTO DE BOYACA
Tipo y Numero de Documento	NI - 891800498

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/10/07	Fecha inicio contrato	2025/10/07
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2025/12/21
Riesgo	1	Código actividad económica	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES
Estado afiliación	Activo	Estado del contrato	Activo
Fecha retiro			

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12122025I1094245057P1198917**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS