

Documento Firmado Digitalmente
El presente documento contiene una firma digital que produce todos sus efectos de conformidad con la ley 7 de 1999.



	FORMA	RECIBIDO A SATISFACCIÓN, INFORME DE ACTIVIDADES Y ORDEN DE PAGO CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES	CÓDIGO	ADQBS-F-001
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	VERSION	4
	PROCEDIMIENTO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	FECHA	26/01/2024

Dependencia:	UGT SANTA MARTA		Fecha:	4/30/2025 5:31:07 PM
Pago No:	2		Total de Pagos	7

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR					
Nombre/Razón Social:	CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CARRILLO			Identificación:	1193049196
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Telefono de contacto:	
				Correo electrónico:	cristian.rodriquez@ant.gov.co

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO					
Contrato / Convenio No.:	ANT-CPS-20254510		Fecha de Inicio:	13/03/2025	Plazo de Ejecucion:
Periodo a pagar:	ABRIL		No RP:	201225	Requiere informe de actividades:
Departamento:	Magdalena		Municipio:	Santa Marta	

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS DENTRO DE LA MISIONALIDAD DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL EN EL MARCO DE LA REFORMA RURAL INTEGRAL

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Gestionar oportunamente las solicitudes, peticiones y/o requerimientos que le sean asignados por el supervisor del contrato a través del aplicativo ORFEO o los aplicativos designados por Unidad de Gestión Territorial.	Durante el mes de abril, se realizó una búsqueda sistemática de procesos utilizando los aplicativos SIT y ORFEO. El objetivo principal fue consultar y verificar el estado actual de los trámites y procedimientos registrados por los usuarios en dichas plataformas. Esta actividad permitió obtener un panorama actualizado sobre el avance, gestión y posibles retrasos de los procesos, facilitando la toma de decisiones oportunas y el seguimiento eficiente de cada caso.	Anexo_1522774_638815586517407818.pdf
2. Elaborar reportes e informes que le sean solicitados en la Unidad de Gestión Territorial.	Se brindó apoyo en la construcción del informe de hallazgos correspondiente a la auditoría practicada en la Unidad de Gestión Territorial (UGT) Caribe, participando activamente en la consolidación, análisis y validación de la información recopilada durante el proceso. Asimismo, se propusieron recomendaciones orientadas a la mejora continua, enfocadas en la mitigación de los riesgos identificados, la optimización de los procedimientos operativos y el fortalecimiento de los controles internos, con el fin de garantizar la trazabilidad y eficiencia en la gestión institucional.	Anexo_1522775_638815590472138475.pdf
3. Participar en las mesas de trabajo que le sean asignadas en la Unidad de Gestión Territorial.	Se asistió a una reunión con el Director de la Unidad de Gestión Territorial (UGT) Caribe con el objetivo de abordar la problemática relacionada con la carga de cuentas y comisiones. El motivo principal del encuentro fue la alta cantidad de devoluciones registradas, producto de errores recurrentes en el proceso. Durante la reunión se discutieron posibles soluciones y se revisaron mecanismos para evitar la repetición de estas inconsistencias en futuras cargas.	Anexo_1522776_638815589852498321.pdf
4. Proyectar y revisar respuestas a memorandos internos y solicitudes de particulares requeridos en la Unidad de Gestión Territorial.	Se realizó la revisión del memorando No. 202577000107583 y se preparó el No. 202577000107563 emitido por el área de Contratación, con el propósito de facilitar y agilizar el proceso de apoyo a la gestión contractual en la Unidad de Gestión Territorial (UGT) Caribe. La revisión permitió identificar aspectos clave para mejorar la eficiencia en los tiempos de respuesta y coordinar acciones que optimicen el flujo de solicitudes y la articulación entre áreas involucradas.	Anexo_1522777_638815594106076864.pdf Anexo_1522777_638815594170255117.pdf
5. Sistematizar, Clasificar y Organizar de la Información levantada en campo que sean requeridos en la Unidad de Gestión Territorial.	Para este mes no fue requerida esta actividad	
6. Las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato siempre y cuando guarden relación con el objeto contractual.	Durante el mes de abril se brindó apoyo en la atención a los usuarios, con el propósito de ofrecer respuestas y orientación respecto a los procesos que adelantan con la Agencia Nacional de Tierras. Este acompañamiento buscó facilitar la comprensión de los trámites y mejorar la experiencia de los usuarios en su interacción con la entidad. Se asistió a la capacitación brindada sobre el cargue de comisiones y legalizaciones, para evitar futuras devoluciones por equivocación en los procesos a la hora de cargarlas	Anexo_1522779_638815594976173736.pdf Anexo_1522779_638815595775142691.pdf

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (cuando requiera presentar informe de actividades)	CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CARRILLO
--	------------------------------------

Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato / convenio anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de \$5,368,065.00 CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE..

Este valor deberá consignarse en la cuenta de Ahorros X Corriente __, número 78136373951 del banco BANCOLOMBIA.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	\$37,576,455.00 -
Adición No.	\$0.00 -
Valor Reducción:	\$2,147,226.00 -
Valor Total:	\$35,429,229.00 -

Total Pagado	\$3,220,839.00 -
Saldo Actual:	\$32,208,390.00 -

VALOR A PAGAR:	\$5,368,065.00 -
Menos este pago:	\$26,840,325.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
\$3,220,839.00 -	-	-
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
-	-	-
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
-	-	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	24.24%
--	--------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

ANEXOS			
Persona natural		Persona Jurídica	
Aporte a pensión	X	Parafiscales	
Aporte a salud	X	RUT (primer pago y/o actualización)	
Aporte ARL	X	Entrada al almacén	
Producto(s) - Entregable (s)		Factura	
Informe (s) Adicional (es)		Producto(s) - Entregable (s)	
		Informe (s) Adicional (es)	

SUPERVISOR 1		SUPERVISOR 2	
Firma:		Firma:	
Nombre:	DAMIAN ALFONSO MARAÑON ROMERO	Nombre:	
No. Identificación:	1082860787	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1193049196		RODRIGUEZ CARRILLO CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Manzana H Casa 10 Portal de las avenidas	SANTA MARTA-MAGDALENA	3137670271	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-03	2025-03	1423664834	9484890784	I	2025/04/24	2025/04/21	BANCOLOMBIA	\$420,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1193049196	RODRIGUEZ CARRILLO CRISTIAN CAMILO	230301	19	\$1,359,910	\$217,600	EPS002	19	\$1,359,910	\$170,000		0	\$0	\$0	14-23	19	\$1,359,910	\$33,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,359,910	\$217,600			\$1,359,910	\$170,000			\$0	\$0			\$1,359,910	\$33,200		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$217,600	\$0	\$0	\$217,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$217,600	\$0	\$0	\$217,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$33,200	\$0	\$0	\$33,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$33,200	\$0	\$0	\$33,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$170,000	\$0	\$0	\$170,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$170,000	\$0	\$0	\$170,000	
TOTAL				1	\$420,800	\$0	\$0	\$420,800	

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, **CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CARRILLO** identificado con CC No. **1193049196**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT - NI. 900948953	Fecha de inicio de cobertura: 13/03/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 12/03/2025 Fecha fin de Contrato: 30/09/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

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 prórroga 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): 202501014463361.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de abril de 2025.

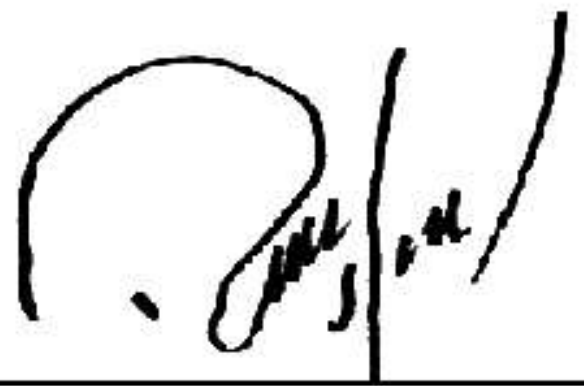
Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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 autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

	FORMA	ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO	ADQBS-F-021		
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		VERSIÓN	4		
	PROCESO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		FECHA	31/12/2024		
				FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA			
				Día	Mes	Año	
				13	3	2025	
I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO							
CONTRATO No.:		ANT-CPS-20254510					
OBJETO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS DENTRO DE LA MISIONALIDAD DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL EN EL MARCO DE LA REFORMA RURAL INTEGRAL.					
VALOR:		\$	37.576.455	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	12/03/2025		
II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							
No. RP		201225					
FECHA RP		13/03/2025					
III. AFILIACIÓN ARL							
ARL		ASEGURADORA	FECHA AFILIACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA		
		POSITIVA	12/03/2025		13/03/2025		
IV. ACTA							
Se reunieron:							
DATOS DEL SUPERVISOR	NOMBRE	DAMIAN ALFONSO MARAÑON ROMERO					
	CARGO	LIDER UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL CARIBE					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1082860787			
DATOS DEL CONTRATISTA	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CARRILLO					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1193049196			
	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)	NO APLICA					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	NO APLICA			
En Bogotá D.C. a los 13 días del mes 3 de 2025 se reunieron, el supervisor del contrato, en representación de LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS, y el contratista, con el fin de suscribir el acta de inicio, así:							
FECHA DE INICIACIÓN	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍA	MES	AÑO
	13	3	2025		30	9	2025
Para constancia firma por quienes intervinieron:							
							
SUPERVISOR				CONTRATISTA			

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, Cristian Camilo Rodriguez Carrillo, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1193049196, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

- Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD

- Declaro que mi cónyuge, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

- Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

- Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indiquelos intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO X___

- El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____
- El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____

- Aporte cuenta AFC:** Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

2.3. SI ___ NO X___

- Aportes voluntarios a pensión:** (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.

SI ___ NO X___

- Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO x___

- Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

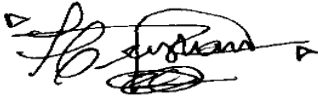
4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** “(...) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación de aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)”, por consiguiente:

- Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI ☐ NO ☒ estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
- Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			

Nota: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Santa Marta a los 30 días del mes de abril de 2025 Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 1.193.049.196



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**