LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTIAN CAMILO JIMENEZ PARDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1121865133,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de junio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1121865133 CRISTIAN CAMILO JIMENEZ PARDO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**25/05/2023**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 5 de Junio de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

Agencia Nacional de Tierras	**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**
19	5	2025

I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

	ANT-CPS-20256325		
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN OPERATIVA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS DISTINTAS ETAPAS DE ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE ORDENAMIENTO SOCIAL DE LA PROPIEDAD RURAL Y/O DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS QUE SEAN DE SU COMPETENCIA.		
VALOR:	$ 20.090.000	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN**	16/05/2025

II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

No. RP	856725
FECHA RP	19/05/2025

III. AFILIACIÓN ARL

ARL	**ASEGURADORA**	**FECHA AFILIACIÓN**	**FECHA INICIO COBERTURA**
	POSITIVA	16/05/2025	17/05/2025

IV. ACTA

Se reunieron:

DATOS DEL SUPERVISOR	**NOMBRE**	LIZETH LORENA FLOREZ CANARIA		
	CARGO	SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN OPERATIVA		
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN**	1010230691
DATOS DEL CONTRATISTA	**NOMBRE/RAZÓN SOCIAL**	CRISTIAN CAMILO JIMENEZ PARDO		
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN**	1121865133
	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)	NO APLICA		
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN**	NO APLICA

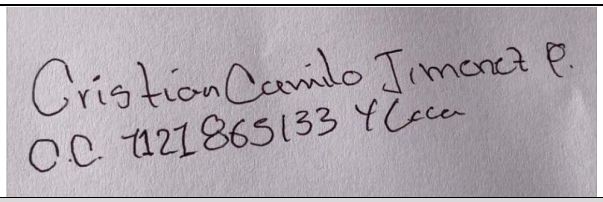
En Bogotá D.C. a los 19 días del mes 5 de 20 25 se reunieron, el supervisor del contrato, en representación de LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS, y el contratista, con el fin de suscribir el acta de inicio, así:

FECHA DE INICIACION	**DÍA**	**MES**	**AÑO**	**FECHA DE TERMINACION**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	19	**5**	**2025**		**31**	**8**	**2025**

Para constancia firma por quienes intervinieron:



SUPERVISOR



CONTRATISTA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **CRISTIAN CAMILO JIMENEZ PARDO** identificado con **CC** No. **1121865133**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT - NI. 900948953	**Fecha de inicio de cobertura:** 17/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/08/2025 **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 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): 20250101613992.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Certificación
Bancaria

Martes, 03 de junio de 2025

A quien pueda interesar.

Bancolombia S.A. se permite informar que CRISTIAN CAMILO JIMENEZ PARDO identificado(a) con CC 1121865133, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	82858030800	2016-04-06	ACTIVO	

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, Cristian camilo Jimenez pardo, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.1121865133, 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:

1. 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
María jose Jimenez restrepo	Hija	9 años

1.1. 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.

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

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los 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 Articulo 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 Articulo 8) _____

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

SI ___ NO X

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

SI ___ NO X

2.4. **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

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

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 X 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.			
2.			
3.			

***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 Puerto López meta a los 31 días del mes de MAYO de 2025

Atentamente,

Cristian Jimenez Pardo
C.C. 1.121.865.133 Y/cm

Firma del Contratista

C.C. No.1.121.865.133 de Villavicencio

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.120.383.345

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53650186

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 3 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE GRANADA - COLOMBIA - META - GRANADA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JIMENEZ	RESTREPO

Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes DIC Día 19	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA META GRANADA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	530541365

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RESTREPO BAQUERO VANESSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.120.379.641	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ PARDO CRISTIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.121.865.133	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ PARDO CRISTIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.121.865.133	Cristian Camilo Jimenez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes ENE Día 07	DIEGO FERNEY MEDINA MORA (E) - RE Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Cristian Camilo Jimenez Pardo Firma	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141175484058

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1121865133 | 6. DV: 3 | 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Villavicencio | 14. Buzón electrónico: 22

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1121865133	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Meta 50	Villavicencio 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	PARDO	CRISTIAN	CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Meta 50	Villavicencio 001

41. Dirección principal: CL 38 # 20 23

42. Correo electrónico: cristiancamilopardo50@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
057	3115483868	3103326340

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8299	2024 02 01					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		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 [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0

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: JIMENEZ PARDO CRISTIAN CAMILO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 28-04-2025 05:32:43PM

Agencia Nacional de Tierras	FORMA	FORMA PARA CALCULO DE LA PROPORCIONALIDAD EN PRIMERAS CUENTAS	CODIGO	ADMBS-F-028
	ACTIVIDAD	GESTION DE EGRESOS	VERSION	1
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	25/02/2025

Número del Contrato	**ANT-CPS-20256325**		
Nombre del Contratista	CRISTIAN CAMILO JIMENEZ PARDO		
Documento de Identificación	1121865133		
Direccion, Subdireccion, UGT u Oficina a la que pertenece	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN OPERATIVA		
Valor Inicial del Contrato	$		20.090.000,00
Valor Honorarios del mes	$		5.022.500,00
Valor inicial primer pago (según minuta)	$		5.022.500,00
Valor Honorario por día	$		167.417
Fecha de inicio de ejecución del contrato (según acta de inicio)			19/05/2025
Fecha de finalización del contrato			31/08/2025
Días a pagar primer mes			12
Calculo primer pago ajustado	**$**		**2.009.000**
Valor reducción contrato	$		3.013.500
Valor Total del Contrato Ajustado	**$**		**17.076.500**
Numero RP	856725		
Valor Incial RP	**$**		**20.090.000**
Rubro Presupuestal	C-1704-1100-22-10106A-1704056-02	$	20.090.000
Rubro Presupuestal		$	-
Reducción RP	**$**		**3.013.500**
Rubro Reducido	C-1704-1100-22-10106A-1704056-02	$	3.013.500
Rubro Reducido		$	-
Valor RP Final	**$**		**17.076.500**
Valor rubro presupuestal			
Valor rubro presupuestal	C-1704-1100-22-10106A-1704056-02	$	17.076.500

Firma del Supervisor del contrato	
Nombre del supervisor del contrato	LIZETH LORENA FLOREZ CANARIA
Cargo del Supervisor del contrato	Subdirectora de Planeación Operativa