

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082878353		GONZALEZ CARROL ALCIDES JUNIOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 45#29 H1 - 25 Torre 1 Apto 1201	SANTA MARTA-MAGDALENA	4387860	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-05	2025-05	1547001147	9486609514	I	2025/06/13	2025/06/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC	1082878353	GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR																	230301	30	\$2,540,496	\$406,500	ESSC24	30	\$2,540,496	\$317,600	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,540,496	\$61,900	0	\$0	\$0	No	\$786,000			
Total	Afiliados(1)																					\$2,540,496	\$406,500			\$2,540,496	\$317,600			\$0	\$0			\$2,540,496	\$61,900			\$0	\$0			\$786,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082878353		GONZALEZ CARROL ALCIDES JUNIOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 45#29 H1 - 25 Torre 1 Apto 1201	SANTA MARTA-MAGDALENA	4387860	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1547001147	9486609514	I	2025/06/13	2025/06/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$406,500	\$0	\$0	\$406,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$406,500	\$0	\$0	\$406,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$61,900	\$0	\$0	\$61,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$61,900	\$0	\$0	\$61,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$317,600	\$0	\$0	\$317,600	
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$317,600	\$0	\$0	\$317,600	
TOTAL				1	\$786,000	\$0	\$0	\$786,000	

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: CC 1082878353
Nombres: ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL
Tipo de afiliado: Cotizante
Fecha de afiliación: 2020-06-01
Estado de afiliación: Activo
Régimen: Contributivo
Nivel de contribución: A
Departamento - Municipio: MAGDALENA SANTA MARTA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certificación se expide y firma el 2025-06-30 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-07-30



CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.878.353**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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, **ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL** identificado con **CC No. 1082878353**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT - NI. 900948953	Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 12/02/2025 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): 2025010169120.

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.**

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	2	2025	
I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO							
CONTRATO No.:	ANT-CPS-20252405						
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA 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:	\$	50.809.904	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	12/02/2025			
II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							
No. RP	123525						
FECHA RP	13/02/2025						
III. AFILIACIÓN ARL							
ARL	ASEGURADORA	FECHA AFILIACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA			
	POSITIVA	12/02/2025		13/02/2025			
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	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1082878353			
	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)	NO APLICA					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	NO APLICA			
En Bogotá D.C. a los <u>13</u> días del mes <u>2</u> de <u>20</u> <u>25</u> 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	2	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, ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.1.082.878.353, 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
THALIANA ISABEL GONZALEZ NIÑO	HIJA	8 AÑOS
NATASHA GONZALEZ NIÑO	HIJA	3 AÑOS

1.1. Declaro que mi cónyuge, YERALDIN NIÑO MARQUEZ identificado (a) con la C.C. No. 1.082.940.163 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 _

- 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 conyuges.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyuge no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____

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

SI ___ NO _

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


SI ___ NO _

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 _



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

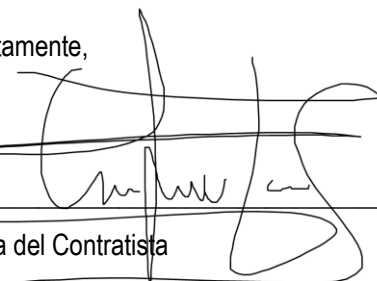
3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** “(...) *Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes 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 Santa Marta a los 30 días del mes de JUNIO de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 1.082.878.353



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.083.034.579**

GONZALEZ NIÑO

APELLIDOS

THALIANA ISABEL

NOMBRES

Thaliana Isabel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-2016**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

25-ABR-2034
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

15-SEP-2023 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



ÍNDICE DERECHO



P-2100150-01392580-F-1083034579-20231106

0136882382A 1

8509534843



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **61819810**

NUIP **1205973122**



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	E	N	F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA - NOTARIA 4 SANTA MARTA * * * * *									

Datos del inscrito

Primer Apellido					Segundo Apellido									
GONZÁLEZ * * * * *					NIÑO * * * * *									
Nombre(s)														
NATASHA * * * * *														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)			Grupo sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	0	8	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA * * * * *														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	16638822-7 * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	
NIÑO MARQUEZ YERALDIN * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1082940163 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1082878353 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1082878353 * * * * *	

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 <input type="text" value="2021"/> Mes <input type="text" value="A B R"/> Día <input type="text" value="20"/>	LIGIA ISABEL GUTIERREZ ARAUJO LIGIA ISABEL GUTIERREZ ARAUJO

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	LIGIA ISABEL GUTIERREZ ARAUJO LIGIA ISABEL GUTIERREZ ARAUJO



OTRO: LIBRO DE VARIOS # 251 TOMO 025; OTRO: CN - CLÍNICA DE LA MUJER; 20/04/2021

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



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:	7/2/2025 9:55:26 AM
Pago No:	5	Total de Pagos	8	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL		Identificación:	1082878353	Teléfono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona Jurídica	<input type="checkbox"/>	Correo electrónico:	alcides.gonzalez@ant.gov.co

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato / Convenio No.:	ANT-CPS-20252405	Fecha de Inicio:	13/02/2025	Plazo de Ejecución:	30/09/2025
Periodo a pagar:	JUNIO	No RP:	123525	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Magdalena	Municipio:	Santa Marta		

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR

OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA 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. Apoyar y 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.	<p>Se le dio visto bueno al expediente 202577000717981 con asunto: APQRS - Respuesta parcial a la petición con radicado No. 202562002351802 de 03 de junio de 2025.</p> <p>Se le dio visto bueno al expediente 202577000226907, 202577000226947, 202577000226937, correspondiente a una constancia ejecutoria.</p> <p>Se le dio visto bueno al expediente 202577000863471 con asunto: Solicitud de concepto técnico ambiental y recomendaciones al predio relacionado en el cuerpo del presente documento.</p> <p>Se le dio visto bueno al expediente 202577000863381 con asunto: Solicitud de concepto técnico ambiental y recomendaciones al predio relacionado en el cuerpo del presente documento.</p>	<p>Anexo_1597998_638870456324149013.pdf</p> <p>Anexo_1597998_638870456380501194.pdf</p> <p>Anexo_1597998_638870456433634285.pdf</p> <p>Anexo_1597998_638870456495798926.pdf</p> <p>Anexo_1597998_638870456560000730.pdf</p> <p>Anexo_1597998_638870456625500463.pdf</p>
2. Apoyar con la elaboración de reportes e informes que le sean solicitados en la Unidad de Gestión Territorial.	Se desarrollo un formulario web usando Forms de de Outlook para recibir la información del trabajo por expediente diario desarrollado por los contratistas abogados de la UGT. Así mismo se crearon informes de los avances obtenidos en la actividad de plan de choque direccionada por el jefe Jurídico Hernan Pallares y el coordinador de la UGT Damian Marañon en donde se reviso de lunes a viernes a las 5pm el avance alcanzado en las metas proyectadas por expedientes.	<p>Anexo_1597999_638869927946216011.pdf</p> <p>Anexo_1597999_638869930838947292.xlsx</p> <p>Anexo_1597999_638869930910271996.pdf</p>
3. Participar en las mesas de trabajo que le sean asignadas en la Unidad de Gestión Territorial.	Participo en la mesa de trabajo para la organización de la logística y acompañamiento de la visita del director nacional Harman a entrega de tierras en el departamento del magdalena.	Anexo_1598000_63886993553499677.pdf
4. Apoyar y proyectar respuestas a memorandos internos y solicitudes de particulares requeridos en la Unidad de Gestión Territorial.	Esta obligación no fue requerida en este periodo.	
5. Apoyar con la gestión y almacenamiento de los documentos allegados a la Unidad de Gestión Territorial tanto en medio magnético como físico.	Esta obligación no fue requerida en este periodo.	
6. Las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato siempre y cuando guarden relación con el objeto contractual.	<p>Cambio y activación de aplicativos klic, cas y outlook a la contratista Adriana Linero Pérez y Sadia Torrado Puerta por medio de la maquina virtual accediendo por VPN.</p> <p>Se hizo seguimiento al cas RF-TI-1951 de acceso, conectividad y seguridad en el cual se solicito la creación de usuario de aplicativo SIT.</p>	<p>Anexo_1598003_638869811175907309.pdf</p> <p>Anexo_1598003_638869811220639798.pdf</p> <p>Anexo_1598003_638870458461810550.pdf</p>

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL
--	---------------------------------

Documento Firmado Digitalmente
El presente documento contiene una firma digital que garantiza la autenticidad y los efectos de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 50 de 1999.



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 \$6,351,238.00 SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE..

Este valor deberá consignarse en la cuenta de Ahorros X Corriente , número 870867793 del banco OCCIDENTE.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	\$50,809,904.00 -
Adición No.	\$0.00 -
Valor Reducción:	\$2,540,495.00 -
Valor Total:	\$48,269,409.00 -

Total Pagado	\$22,864,457.00 -
Saldo Actual:	\$25,404,952.00 -


VALOR A PAGAR:	\$6,351,238.00 -
Menos este pago:	\$19,053,714.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
\$3,810,743.00 -	\$6,351,238.00 -	\$6,351,238.00 -
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
\$6,351,238.00 -	-	-
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
-	-	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	60.53%
---	--------

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:	

Documento Firmado Digitalmente
 El presente documento contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la ley 527 de 1999.

