

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
2025-06	2025-06	1646110259	9488360929	I	2025/07/11	2025/07/22	BANCO DE OCCIDENTE	11	\$791,500


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
2025-06	2025-06	1646110259	9488360929	I	2025/07/11	2025/07/22	BANCO DE OCCIDENTE	11	\$791,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$406,500	\$2,800	\$0	\$409,300	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$406,500	\$2,800	\$0	\$409,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$61,900	\$500	\$0	\$62,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$61,900	\$500	\$0	\$62,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$317,600	\$2,200	\$0	\$319,800	
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$317,600	\$2,200	\$0	\$319,800	
TOTAL				1	\$786,000	\$5,500	\$0	\$791,500	

	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 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) _____

- 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

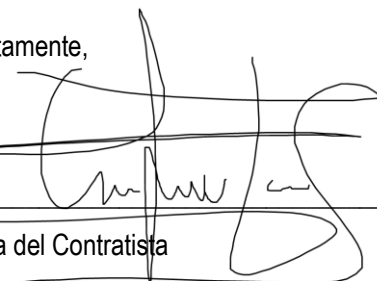
3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** “(...) *Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes 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 31 días del mes de JULIO 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

 <p>Agencia Nacional de Tierras JUNTOS ABRIMOS LAS PUERTAS AL PROGRESO</p>	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:	7/30/2025 4:11:03 PM
Pago No:	6	Total de Pagos	8	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL		Identificación:	1082878353	Telefono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	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:	JULIO	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 202577000249613 con asunto: Respuesta memorando Rad. 202542000236253 Remisión de insumos para acción de Tutela No. 470013153003-2025-00130-00 Accionante Sonia Esther Mendoza Rosado. Derecho de petición No. 202562002006492.</p> <p>Se le dio visto bueno al expediente 202577000281197 Por medio del cual se apertura el Trámite Administrativo de Asignación de Derechos formulado por ENRIQUE OSVALDO MARTINEZ LECHUGA sobre el predio denominado "LOS HERMANOS" identificado con la solicitud número 0279229 y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Se le dio visto bueno al expediente 202577000281277 Por medio del cual se apertura el Trámite Administrativo de Asignación de Derechos formulado por GERMAN SEGUNDO CUADRADO BUSTAMANTE sobre el predio denominado "EL EDEN DE KEVIN" identificado con la solicitud número 0279194 y se dictan otras disposiciones correspondiente a una constancia ejecutoria.</p>	<p>Anexo_1642818_638894828709493250.pdf</p> <p>Anexo_1642818_638894828745080881.pdf</p> <p>Anexo_1642818_638894828783940043.pdf</p>
2. Apoyar con la elaboración de reportes e informes que le sean solicitados en la Unidad de Gestión Territorial.	Usando el formulario web de Forms de Outlook desarrollado el mes anterior para recibir la información del trabajo por expediente diario desarrollado por los contratistas abogados de la UGT se le hizo seguimientos a las actividades y 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.	Anexo_1642819_638894864089614854.xlsx
3. Participar en las mesas de trabajo que le sean asignadas en la Unidad de Gestión Territorial.	Participo en la mesa de trabajo para Fortalecer las capacidades técnicas de los profesionales de la UGT Magdalena en la identificación, análisis y gestión de riesgos de corrupción, mediante la socialización de herramientas prácticas para la actualización de la matriz de riesgos anticorrupción, en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública de la Agencia Nacional de Tierras.	<p>Anexo_1642820_638894875478766674.pdf</p> <p>Anexo_1642820_638894877258020664.pdf</p>
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.	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. Se activo el botón el Botón de Soporte de la aplicación SIT para su usuario eduardo.saboga mediante CAS enviado a soporte técnico.	<p>Anexo_1642823_63889483889753068.pdf</p> <p>Anexo_1642823_638894838440916058.pdf</p> <p>Anexo_1642823_638894843169504242.pdf</p>

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

Documento Firmado Digitalmente
El presente documento contiene una copia digital válida para todos los efectos de conformidad con lo dispuesto en la ley 527 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	\$29,215,695.00 -
Saldo Actual:	\$19,053,714.00 -


VALOR A PAGAR:	\$6,351,238.00 -
Menos este pago:	\$12,702,476.00 -

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 -	\$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:	73.68%
---	--------

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.

