

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	
2025-07	2025-07	1687348194	9489529689	I	2025/08/14	2025/08/08	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
2025-07	2025-07	1687348194	9489529689	I	2025/08/14	2025/08/08	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	

	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

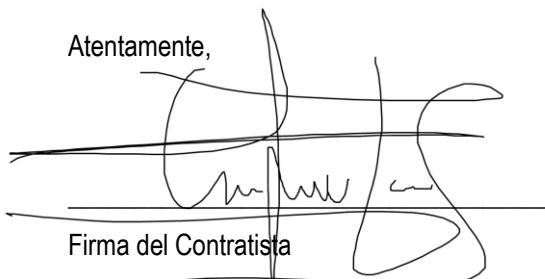
3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** “(...) *Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes 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 AGOSTO 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:	9/1/2025 9:47:40 AM
Pago No:	7	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 Ejecucion:	30/09/2025
Periodo a pagar:	AGOSTO	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.	Se le dio visto bueno al expediente 202577000330603 con asunto: Solicitud de Inclusión en SIGE de Expedientes de Adjudicación – San Sebastián de Buenavista (Magdalena). Se le dio visto bueno al expediente 202577000321103 Memorando ALCANCE AL MEMORAND 202577000274533 CESION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° ANT-CPS-20255374.	Anexo_1728446_638923051263085712.pdf Anexo_1728446_638923051320103772.pdf
2. Apoyar con la elaboración de reportes e informes que le sean solicitados en la Unidad de Gestión Territorial.	Se apoyo en la creación del informe de gestión solicitado por dirección nacional para las visitas de los predios de la SAE en el departamento del magdalena, en este se consolidó el reporte de las salidas a campo y el estado de cada predio teniendo en cuenta una caracterización y evidencias fotográficas.	Anexo_1728447_638923139541264568.pdf Anexo_1728447_638923152065305569.docx
3. Participar en las mesas de trabajo que le sean asignadas en la Unidad de Gestión Territorial.	Se participo en la mesa de trabajo para abordar el plan de choque de del plan de accion del mes de agosto del personal administrativo y de comunicaciones.	Anexo_1728448_638923150473404704.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.	Se resolvieron 52 requerimientos de la mesa de servicios en los cuales se activaron usuarios, se desmarcaron radicados del aplicativo orfeo, se desarchivaron expedientes, se habilitaron expedientes y se le dieron soluciones a incidentes de servicio. Se actualizo en Certicamara la firma digital del coordinador de la UGT caribe Damian Marañon y se configuro en los aplicativos de orfeo y klic para el tramite de los documentos. Se actualizaron y firmaron cuentas en klic según requerimientos realizados por correo electrónico por los contratistas. Se le dieron permisos de visualización a expedientes según requerimiento enviado por correo electrónico.	Anexo_1728451_638923087332511828.docx Anexo_1728451_638923087387562786.docx Anexo_1728451_638923087428529737.docx Anexo_1728451_638923087513696004.docx Anexo_1728451_638923087584513158.docx Anexo_1728451_638923087707968239.docx Anexo_1728451_638923087780033726.docx Anexo_1728451_638923087958369615.docx Anexo_1728451_638923088045239321.docx Anexo_1728451_638923088079492031.docx Anexo_1728451_638923088090606550.docx Anexo_1728451_638923088096286256.docx Anexo_1728451_638923088137986162.docx Anexo_1728451_638923088373297015.docx Anexo_1728451_638923088433283785.docx Anexo_1728451_638923088522533108.docx Anexo_1728451_638923088608761240.docx Anexo_1728451_638923088629838117.docx Anexo_1728451_638923088703571046.docx Anexo_1728451_638923088768818741.docx Anexo_1728451_638923088872731458.docx Anexo_1728451_638923088934326110.docx Anexo_1728451_638923089006887354.docx Anexo_1728451_638923089076490070.docx Anexo_1728451_638923089145713227.docx Anexo_1728451_638923089209910015.docx Anexo_1728451_63892308932926729.docx Anexo_1728451_638923090608850282.docx Anexo_1728451_63892309065968300.docx Anexo_1728451_638923090702178125.docx Anexo_1728451_638923090765007521.docx Anexo_1728451_638923090821154016.docx Anexo_1728451_638923090872878731.docx Anexo_1728451_638923090930112752.docx Anexo_1728451_638923091007664582.docx Anexo_1728451_638923091067489975.docx Anexo_1728451_638923091121327579.docx Anexo_1728451_638923091184143064.docx Anexo_1728451_638923091259557575.docx Anexo_1728451_638923091313749481.docx Anexo_1728451_638923091374167373.docx Anexo_1728451_638923091423493395.docx Anexo_1728451_638923091489912019.docx Anexo_1728451_638923091559257710.docx Anexo_1728451_638923091624236617.docx Anexo_1728451_638923091698550357.docx Anexo_1728451_638923091755197136.docx Anexo_1728451_638923091831069279.docx Anexo_1728451_638923092202755125.docx Anexo_1728451_638923092230056815.docx Anexo_1728451_638923092281475504.docx Anexo_1728451_638923092332863818.docx Anexo_1728451_638923092883204625.docx Anexo_1728451_638923093094248969.docx Anexo_1728451_638923093121499775.docx Anexo_1728451_638923093166409931.docx Anexo_1728451_638923093247386510.docx Anexo_1728451_638923093311533909.docx Anexo_1728451_638923093732272636.docx Anexo_1728451_638923093947350001.docx Anexo_1728451_638923094011814956.docx Anexo_1728451_63892309403735297.docx Anexo_1728451_638923094045148576.docx Anexo_1728451_638923094080073919.docx

Documento Firmado Digitalmente

El presente documento contiene una firma digital válida de acuerdo a los requisitos de conformidad con lo dispuesto en la ley 527 de 1999.



[Anexo_1728451_638923094100404995.docx](#)
[Anexo_1728451_638923094109167331.docx](#)
[Anexo_1728451_638923094111835413.docx](#)
[Anexo_1728451_638923140323085770.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140408991317.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140460563817.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140504930136.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140564965411.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140652308992.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140752853460.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140829988263.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140901164856.pdf](#)
[Anexo_1728451_638923140969386171.pdf](#)

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

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	\$35,566,933.00 -
Saldo Actual:	\$12,702,476.00 -

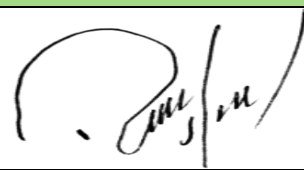
VALOR A PAGAR:	\$6,351,238.00 -
Menos este pago:	\$6,351,238.00 -

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 -	\$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:	86.84%
---	--------

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.



