

Documento Firmado Digitalmente  
El presente documento contiene una firma digital válida y tiene todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la ley 527 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: | UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL |  |                | Fecha: | 9/9/2025 4:09:48 PM |
| Pago No:     | 5                               |  | Total de Pagos | 6      |                     |

|                                                |                             |   |                  |                       |                        |
|------------------------------------------------|-----------------------------|---|------------------|-----------------------|------------------------|
| INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR |                             |   |                  |                       |                        |
| Nombre/Razón Social:                           | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA |   |                  | Identificación:       | 40692752               |
| Naturaleza:                                    | Persona Natural             | X | Persona Jurídica | Telefono de contacto: |                        |
|                                                |                             |   |                  | Correo electrónico:   | lina.silvas@ant.gov.co |

|                                     |                  |  |                  |            |                                  |            |
|-------------------------------------|------------------|--|------------------|------------|----------------------------------|------------|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO |                  |  |                  |            |                                  |            |
| Contrato / Convenio No.:            | ANT-CPS-20255779 |  | Fecha de Inicio: | 24/04/2025 | Plazo de Ejecucion:              | 30/09/2025 |
| Periodo a pagar:                    | AGOSTO           |  | No RP:           | 287225     | Requiere informe de actividades: | SI         |
| Departamento:                       | Cauqueta         |  | Municipio:       | Florencia  |                                  |            |

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |  |                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |  |                                                      |  |
| OBJETO:                                                                                                                                                     | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES ASIGNADAS POR PARTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |  |                                                      |  |
| OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES                                                                                                                                | ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |  | EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)                         |  |
| 1. Brindar apoyo en el trámite de comisiones, viáticos, legalizaciones y demás trámites relacionados a cargo de la Unidad de Gestión Territorial.           | El día 28 de agosto se brindo apoyo en el llenado del formato ADMBS-F-002 FORMA INFORME DE COMISION Y RELACION DE GASTOS DE VIAJE V7, para la legalización de comisión, de la salida a campo los días 18,19,20,21,22 de agosto, en el municipio de Cartagena de chaira. de los contratistas Jefferson Fabián Muñoz, Edson FaridMoreno Álvarez y Juan Michel Castro, tuvo como objetivo principal la ejecución del levantamiento topográfico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |  | <a href="#">Anexo_1742821_638926254499392397.pdf</a> |  |
| 2. Apoyar con la recopilación de información para dar trámite a los PQRSD solicitados a la Unidad de Gestión Territorial.                                   | Los días 04 de agosto, realice el listado en Excel de los predios de la circular 22, de los siguientes municipios, Montañita, Cartagena del Chaira, Doncello, Milán, Albania y Valparaiso, esto con el fin de dar cumplimiento de la misma, realizando el cargue de cada uno de anexos al drive.<br><br>El día 04 de agosto, Se realizo seguimiento a la bandeja de Orfeo de la funcionaria Maryory Murcia.<br><br>El día 18 de agosto, Se realizo seguimiento a la bandeja de Orfeo, a los funcionarios Juan Sebastián Rojas y Valentina Rubiano.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |  | <a href="#">Anexo_1742822_638926275101833718.pdf</a> |  |
| 3. Apoyar en la sistematización, clasificación y organización de la información levantada en campo que sean requeridos en la Unidad de Gestión Territorial. | Esta actividad no se realizo este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |  | <a href="#">Anexo_1742823_638926275246241284.pdf</a> |  |
| 4. Apoyar el seguimiento a los informes emitidos por los equipos profesionales de la Unidad de Gestión Territorial.                                         | El día 25 de agosto se realizo en instalaciones de la UGT, la socialización de la comisión a Cartagena del 1,2,3,4 y 5 de septiembre y el post procesamiento de la información recogida en campo de la comisión, los días 18,19,20,21,22 de agosto, en el municipio de Cartagena de chaira. de los contratistas Jefferson Fabián Muñoz, Edson FaridMoreno Álvarez y Juan Michel Castro, y designación de funciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |  | <a href="#">Anexo_1742824_638926275376128034.pdf</a> |  |
| 5. Las demás actividades que sean coordinadas con el supervisor del contrato siempre y cuando guarden relación directa con el objeto contractual.           | El día 04 de agosto realice el envío de los predios y consolidación de la malla predial de la UIT 4, Envío shape consolidado.<br><br>El día 08 de agosto de 2025, se realizo la digitalización, georreferenciación y escalamiento plano del predio, donde se deja el área de la resolución de adjudicación que dice que son 146 has 2250 m2.<br><br>El día 20 de agosto, se envió shape, del consolidado a la profesional Erika viviana Carvajal, del consolidado de la UIT.<br><br>El día 20 de Agosto, realice Análisis Catastral del Predio 181500001000000001275000000000, para su revisión y completar los ITJ, en el numeral 3, 5,15 y 6,3 paracontinuar con los procesos misionales.<br><br>El día 22 de agosto se participó de la reunión con referente al Plan anticorrupción y mapa de riesgo convocada por el Dr. Mauricio Arango. |                             |  | <a href="#">Anexo_1742825_638926275750706520.pdf</a> |  |
| FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR:<br>(Cuando requiera presentar informe de actividades)                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA |  |                                                      |  |

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.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.<br><br>Por lo anterior, autorizo el pago por valor de \$4,669,949.00 CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE..<br><br>Este valor deberá consignarse en la cuenta de Ahorros <u>X</u> Corriente <u>  </u> , número <u>84736473509</u> del banco <u>BANCOLOMBIA</u> . |

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| Valor Inicial:   | \$28,019,694.00 - |
| Adición No.      | \$0.00 -          |
| Valor Reducción: | \$3,580,294.00 -  |
| Valor Total:     | \$24,439,400.00 - |
|                  |                   |
| Total Pagado     | \$15,099,502.00 - |
| Saldo Actual:    | \$9,339,898.00 -  |
|                  |                   |
| VALOR A PAGAR:   | \$4,669,949.00 -  |
| Menos este pago: | \$4,669,949.00 -  |

| VALOR(ES) PAGADO(S)                                |                  |                  |
|----------------------------------------------------|------------------|------------------|
| Pago No. 1                                         | Pago No. 2       | Pago No. 3       |
| \$1,089,655.00 -                                   | \$4,669,949.00 - | \$4,669,949.00 - |
| Pago No. 4                                         | Pago No. 5       | Pago No. 6       |
| \$4,669,949.00 -                                   | -                | -                |
| Pago No. 7                                         | Pago No. 8       | Pago No. 9       |
| -                                                  | -                | -                |
| Pago No. 10                                        | Pago No. 11      | Pago No. 12      |
| -                                                  | -                | -                |
| % de ejecución financiera del contrato / convenio: |                  | 80.89%           |

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:             | LUZ STELLA NOREÑA GUEVARA | Nombre:             |  |
| No. Identificación: | 40771835                  | No. Identificación: |  |
| Cargo:              |                           | Cargo:              |  |





**RV: Notificación de supervisión del Contrato de tipo de contrato No. 20255779**

1 mensaje

**Diana Maria Ochoa Valencia** <diana.ochoa@ant.gov.co> mié, 14 may 2025 a la hora 4:25 p. m.  
Para: linayohanasilvasalamanca84@gmail.com <linayohanasilvasalamanca84@gmail.com>, liaby2504@gmail.com <liaby2504@gmail.com>

Diana Maria Ochoa Valencia | Contratista  
**Unidad de Gestión Territorial - UGT Amazonía| Agencia Nacional de Tierras**  
**Teléfono:** 3108124113  
**Correo:** [diana.ochoa@ant.gov.co](mailto:diana.ochoa@ant.gov.co)  
Calle 12 #12-40 | Piso 4 | Florencia, Colombia.

**De:** Luz Stella Norena Guevara <[luz.norena@ant.gov.co](mailto:luz.norena@ant.gov.co)>  
**Enviado:** sábado, 3 de mayo de 2025 10:21  
**Para:** Diana Maria Ochoa Valencia <[diana.ochoa@ant.gov.co](mailto:diana.ochoa@ant.gov.co)>  
**Asunto:** RV: Notificación de supervisión del Contrato de tipo de contrato No. 20255779



**Luz Stella Noreña Guevara** | Coordinadora  
**Unidad de Gestión Territorial - UGT Amazonía| Agencia Nacional de Tierras**  
**Teléfono:** 3162779079  
**Microsoft Teams:** luz.norena  
**Correo:** [luz.norena@ant.gov.co](mailto:luz.norena@ant.gov.co)  
Calle 12 #12-40 | Piso 5 | Florencia, Colombia.

**De:** Legalización Contratos <[legalizaciones@ant.gov.co](mailto:legalizaciones@ant.gov.co)>  
**Enviado:** miércoles, 30 de abril de 2025 11:42  
**Para:** Luz Stella Norena Guevara <[luz.norena@ant.gov.co](mailto:luz.norena@ant.gov.co)>  
**Asunto:** Notificación de supervisión del Contrato de tipo de contrato No. 20255779

**POR FAVOR REMITIR EL ACTA DE INICIO, RESPONDIENDO ESTE CORREO.**

Reciba un cordial saludo,

Me permito notificarle que ha sido designado(a) para ejercer la función de supervisión del (los) contrato (s) relacionados a continuación:

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
|                     | UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL |
| Número del contrato | 20255779                        |
| Contratista         | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA     |

El supervisor deberá responder por el control y vigilancia del contrato hasta el cierre del expediente contractual y de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de Contratación (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015), la Ley 1474 de 2011, el Manual de Contratación y el Manual de Interventoría y Supervisión de la ANT y demás disposiciones que los complementen o adicionen. El servidor público o contratista responderá disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual respectiva, en los términos señalados en la Constitución y la Ley.

Los documentos precontractuales pueden ser consultados en la plataforma transaccional SECOP II, en el sistema ORFEO y en físico en el archivo a cargo del proceso de Gestión Documental de la Entidad.

**FUNCIONES DEL SUPERVISOR:** Sin perjuicio de las obligaciones que establezca el Contrato, de las que emanen del Manual de Contratación, del Manual de Interventoría y Supervisión y de las que obren establecidas en el marco normativo que regule la Contratación Estatal, el **SUPERVISOR** deberá cumplir con las siguientes funciones:

1. **EI SUPERVISOR** debe elaborar y suscribir el Acta de Inicio junto con el CONTRATISTA. Para proceder a suscribir el Acta de Inicio deberá verificar previamente que: **a)** se haya expedido el registro presupuestal, **b)** que se hayan aprobado las garantías exigidas en el Contrato (**si aplica**). **c)** Para el caso de contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión suscritos con persona natural, verificar que el contratista esté afiliado a la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) según el riesgo indicado en el contrato y tenga la cobertura.

**Nota:** Se adjunta proyección del acta de inicio, para su revisión, ajuste, trámite de firmas y posterior envío al correo [legalizaciones@ant.gov.co](mailto:legalizaciones@ant.gov.co).

2. **EI SUPERVISOR** debe ejercer la vigilancia de la correcta y oportuna ejecución del objeto contractual, en especial sobre la calidad y cantidad de los bienes y/o servicios contratados y además sobre el cumplimiento de los plazos pactados.

3. **EI SUPERVISOR** debe hacer cumplir las condiciones del Contrato en todas sus partes; los SUPERVISORES no tienen competencia para modificar el plazo y el valor pactado, calidades y cantidades acordadas y en general el alcance del Contrato. La competencia para modificar, prorrogar, adicionar, aclarar, terminar y otras decisiones que puedan afectar la ejecución del Contrato, es únicamente del ORDENADOR DEL GASTO.

4. **EI SUPERVISOR** debe elaborar los informes de ejecución en los que certifique el estado de ejecución del contrato o convenio con la periodicidad que se establezca en el mismo, en caso de que el Contrato no establezca la periodicidad en forma específica, entonces el SUPERVISOR deberá presentar informes mensuales. Los informes deben dirigirse al ORDENADOR DEL GASTO. En caso de que el SUPERVISOR se aparte del cargo por cualquier circunstancia, deberá presentar el informe de ejecución hasta la

fecha en que ejerció las mismas e informarlo inmediatamente al respectivo secretario de despacho o jefe de oficina para que se proceda a efectuar nuevamente la designación del supervisor.

5. **EI SUPERVISOR** debe verificar y certificar el cumplimiento del pago al sistema de seguridad social por parte del CONTRATISTA.

6. **EI SUPERVISOR** debe requerir al contratista en procura de obtener la correcta y oportuna ejecución del objeto contractual cuando lo estime necesario, siempre en el marco de las obligaciones establecidas en el Contrato.

7. **EI SUPERVISOR** debe realizar la publicación en Plataforma Transaccional SECOP II de los documentos suscritos por él, en desarrollo del ejercicio de la vigilancia y seguimiento de la ejecución contractual como son informes de supervisión. La referida publicación debe realizarse durante los tres (3) días siguientes a la suscripción del mismo.

8. **EI SUPERVISOR** debe informar por escrito en el formato establecido al ORDENADOR DEL GASTO acerca de aquellas circunstancias que no hayan sido atendidas por el CONTRATISTA luego de ser requerido y que constituyan presunto incumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato.

9. **EI SUPERVISOR** debe verificar la aprobación inicial de las garantías exigidas en el Contrato y además verificar que el CONTRATISTA actualice las mismas a lo largo de la ejecución por (modificaciones, prorrogas, adiciones, suspensiones, ampliaciones de suspensión o reinicios).

10. Copia de la cuenta de cobro o factura electrónica del CONTRATISTA **(si aplica)**.

11. **EI SUPERVISOR** debe elaborar el acta de terminación bilateral dentro de los plazos establecidos en el Contrato. El acta de terminación bilateral deberá ser firmada por el ORDENADOR DEL GASTO (si aplica), el **SUPERVISOR**, el CONTRATISTA y tener el visto bueno del respectivo COORDINADOR (A) DE CONTRATOS (Según corresponda).

12. **EI SUPERVISOR** debe elaborar el Acta de Liquidación Bilateral (cuando aplique) dentro de los plazos establecidos en el Contrato. El Acta de Liquidación Bilateral deberá ser firmada por el ORDENADOR DEL GASTO, el CONTRATISTA y el **SUPERVISOR**.

13. La **SUPERVISIÓN** de los contratos de INTERVENTORÍA debe enmarcarse en la verificación del cumplimiento de las obligaciones del contratista INTERVENTOR según los términos del respectivo contrato. Para lo pertinente la **SUPERVISIÓN** debe ocuparse de verificar que el CONTRATISTA INTERVENTOR haya ejecutado las tareas de interventoría contratadas (Ejemplo: Tareas de interventoría técnica, Tareas de interventoría administrativa, Tareas de interventoría financiera, Tareas de interventoría contable, Tareas de interventoría jurídica), ya que el cumplimiento de las mismas no será concurrentes en relación con un mismo contrato entre Supervisión e Interventoría, salvo expresa salvedad en la cual la ANT haya decidido dividir la vigilancia del contrato principal, caso en el cual en el contrato respectivo de interventoría, se deberán indicar las actividades técnicas a cargo del Interventor y las demás quedarán a cargo de la Entidad a través del Supervisor.

**Nota: Para los casos en que los supervisores, reciban apoyo a la Supervisión por Lideres de las Unidades de Gestión Territorial-UGTs, dichos informes serán usados como soportes de ejecución al informe que realiza el Supervisor.**

**Inhabilidades:** Si al momento de efectuarse la presente notificación se evidencia que se encuentra incurso en alguna de las causales de inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de interés estipulado en la ley, deberá manifestarlo de inmediato y por escrito al ordenador del gasto.

Con el recibo del presente memorando se entiende notificado personalmente de la designación.

Cordialmente,



## LEGALIZACIONES

**Grupo Interno de Trabajo para la Gestión Contractual**

**Teléfono: + 57 (1) 5185858 Extensión: 1384**

**Microsoft Teams: legalizaciones**

**Correo: [legalizaciones@ant.gov.co](mailto:legalizaciones@ant.gov.co)**

**Calle 43 No 57 – 41 CAN | Piso 6 | Bogotá, Colombia.**

La información contenida en este mensaje, y sus anexos, tiene carácter confidencial y esta dirigida únicamente al destinatario de la misma y solo podrá ser usada por este. Si el lector de este mensaje no es el destinatario del mismo, se le notifica que cualquier copia o distribución de este se encuentra totalmente prohibida. Si usted ha recibido este mensaje por error, por favor notifique inmediatamente al remitente por este mismo medio y borre el mensaje de su sistema. Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de ANT.

The information contained in this message and in any electronic files annexed thereto is confidential, and is intended for the use of the individual or entity to which it is addressed. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that retention, dissemination, distribution or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you received this e-mail in error, please notify the sender immediately and destroy the original. Any opinions contained in this message are exclusive of its author and not necessarily represent the official position of ANT.

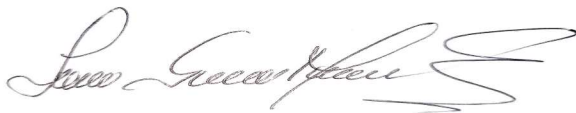
Bogotá D.C, 17 de marzo de 2025

Doctor  
**JUAN FELIPE HARMAN ORTIZ**  
Director General  
Agencia Nacional de Tierras

Asunto: Aceptación Nombramiento

Yo LUZ STELLA NOEÑA GUEVARA identificada como aparece al pie de mi firma y de acuerdo con lo señalado en los artículos 2.2.5.1.6 y 2.2.5.1.7 del Decreto 1083 de 2015, manifiesto mi aceptación al empleo de libre nombramiento y remoción denominado EXPERTO CÓDIGO G3 GRADO 05, nivel asesor, perteneciente a la DIRECCIÓN GENERAL en la Agencia Nacional de Tierras –ANT.

Cordialmente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Luz Stella Noeña Guevara', with a stylized flourish at the end.

**LUZ STELLA NOEÑA GUEVARA**  
CC.No. 40.771.835 de Florencia.

ACTA DE POSESIÓN No. **013**

FECHA: **17 MAR** : 2025

En virtud de lo dispuesto en la Resolución No. 202561000552716 de fecha 13 de marzo de 2025 "Por medio del cual se hace un nombramiento ordinario en la Agencia Nacional de Tierras - ANT" en la ciudad de Bogotá D.C, se presentó la Doctora LUZ STELLA NOREÑA GUEVARA identificada con la cédula de ciudadanía número 40.771.835 expedida en la ciudad de Florencia, con el fin de tomar posesión del cargo de Libre Nombramiento y Remoción denominado EXPERTO CODIGO G3 GRADO 05 perteneciente a la Dirección General de la Agencia Nacional de Tierras – ANT, en el cual fue nombrada.

Quien presto el juramento ordenado por el artículo 122 de la Constitución Política de Colombia.

El cual manifestó bajo la gravedad de juramento no estar incurso en causal alguna de inhabilidad general o especial, de incompatibilidad o prohibición alguna establecida en la Ley 4 de 1992 y demás disposiciones vigentes para el desempeño de los empleos públicos.

Así mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.5.1.8 del Decreto 1083 de 2015 modificado por el artículo 1 del Decreto 648 de 2017, declaro bajo la gravedad de juramento, no tener conocimiento de procesos pendientes de carácter alimentario o que cumplirá con sus obligaciones de familia.

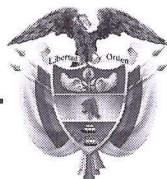
En constancia de lo expresado, se firma por:



El (LA) POSESIONADO (A)



JUAN FELIPE HARMAN ORTIZ  
Director General



Libertad y Orden

**AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS – ANT**  
**RESOLUCIÓN No. \*202561000552716\* con Fecha 2025-03-13**

*"Por medio del cual se hace un nombramiento ordinario en la Agencia Nacional de Tierras - ANT"*

**EL DIRECTOR GENERAL DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS - ANT**

En uso de las facultades legales y en especial las que le confiere la Ley 909 de 2004, el Decreto Ley No. 2363 de 2015, el Decreto No. 419 de 2016 modificado y adicionado por el Decreto 694 de 2020, el Decreto No. 1083 de 2015 modificado y adicionado por el Decreto No. 648 de 2017, y modificado a su vez por el Decreto 770 de 2021 y demás normas concordantes, y

**CONSIDERANDO:**

Que el numeral 23 del artículo 11 del Decreto Ley No. 2363 de 2015, establece como función del Despacho de la Dirección General: *"Dirigir la administración del talento humano de la Agencia, distribuir los empleos de la planta de personal de acuerdo con la organización interna y las necesidades del servicio y ejercer la facultad nominadora, con excepción de los que corresponda a otra autoridad"*

Que mediante el Decreto No. 419 del 7 de marzo de 2016, se establece la planta de personal de la Agencia Nacional de Tierras – ANT, modificada por el Decreto 694 de 2020.

Que el artículo 5º de la Ley 909 de 2004, determinó la clasificación de los empleos públicos y en su numeral 2º literal b), señaló que serán empleos de libre nombramiento y remoción aquellos cuyo ejercicio implica especial confianza, que tienen asignadas funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo, que estén al servicio directo o inmediato del Presidente, Director o Gerente General de las entidades de la Administración Descentralizada de Nivel Nacional.

Que el artículo 2.2.5.3.1 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017 y modificado a su vez por el Decreto 770 de 2021 dispone: *"Provisión de las vacancias definitivas. Las vacantes definitivas en empleos de libre nombramiento y remoción serán provistas mediante nombramiento ordinario o mediante encargo, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del cargo. (...)".*

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.13.2.3 del Decreto 1083 de 2015, el órgano técnico o la entidad encargada de verificar las competencias laborales indicarán al nominador si el candidato a ocupar el empleo de libre nombramiento y remoción cumple con las competencias requeridas y se ajusta al perfil del cargo, una vez efectuada la evaluación de las competencias laborales y previo al nombramiento discrecional por parte de la autoridad nominadora, la hoja de vida del aspirante deberá ser publicada durante (3) días calendario en las páginas web tanto de la entidad a la cual pertenezca el cargo, como en la del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.

Que la profesional LUZ STELLA NOREÑA GUEVARA identificada con la cédula de ciudadanía número 40.771.835 expedida en la ciudad de Florencia, cumple con los requisitos exigidos en el Manual de Funciones y Competencias Laborales vigente, para ocupar el cargo de libre nombramiento y remoción denominado EXPERTO, CÓDIGO G3 GRADO 5, nivel Asesor, perteneciente a la Dirección General en la Agencia Nacional de Tierras – ANT, conforme a la ficha de cumplimiento de requisitos mínimos, proyectada y revisada por la Subdirección de Talento Humano de la ANT; así mismo, obtuvo un resultado satisfactorio en la prueba realizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, razón por la cual su hoja de vida se publicó en la página web de la Presidencia de la República como en la de la Agencia Nacional de Tierras ANT.

Que, en mérito de lo expuesto, este despacho,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.** Nombrar con carácter ordinario a la profesional LUZ STELLA NOREÑA GUEVARA identificada con la cédula de ciudadanía número 40.771.835 expedida en la ciudad de Florencia, en el empleo de libre nombramiento y remoción denominado EXPERTO, CÓDIGO G3 GRADO 5, nivel Asesor, perteneciente a la Dirección General -ANT en la Agencia Nacional de Tierras – ANT.

**RESOLUCIÓN No. 202561000552716 del 2025-03-13 Hoja N° 2**

*"Por medio del cual se hace un nombramiento ordinario en la Agencia Nacional de Tierras - ANT"*

**ARTÍCULO SEGUNDO.** El nombramiento realizado en el artículo primero de la presente Resolución surtirá efectos fiscales a partir de la fecha de posesión del servidor.

**ARTÍCULO TERCERO.** Las funciones que cumplirá el servidor serán las establecidas en las páginas 4 a la 6 de la Resolución No. 202461006438686 del 13 de diciembre de 2024 y sus adiciones y/o modificaciones, según corresponda para el empleo.

**ARTÍCULO CUARTO.** Comunicar el presente acto administrativo a la LUZ STELLA NOREÑA GUEVARA identificada con la cédula de ciudadanía número 40.771.835 expedida en la ciudad de Florencia, conforme a los parámetros establecidos en la Ley 1437 de 2011 y demás normas concordantes.

**ARTÍCULO QUINTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., el 2025-03-13

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**JUAN FELIPE HARMAN ORTIZ**  
Director General

Aprobó: Ángela Lorena Ortiz Rosero - Secretaria General  
Revisó: Álvaro Patiño Montoya – Subdirector de Talento Humano  
Proyectó: Diana M Montoya Moreno – Contratista STH



|                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                       |                        |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|------|
|                                                                                                                                | FORMA                                  | ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES<br>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  |      |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       | 24                                                                                    | 4                      | 2025 |      |
| I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                     |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                       |                        |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                        | ANT-CPS-20255779                                                                                                                                                                                           |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                         |                                        | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES ASIGNADAS POR PARTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| VALOR:                                                                                                                                                                                                          |                                        | \$                                                                                                                                                                                                         | 28.019.694            | FECHA DE SUSCRIPCIÓN                                                                  | 23/04/2025             |      |      |
| II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL                                                                                                                                                                                    |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| No. RP                                                                                                                                                                                                          |                                        | 287225                                                                                                                                                                                                     |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| FECHA RP                                                                                                                                                                                                        |                                        | 24/04/2025                                                                                                                                                                                                 |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| III. AFILIACIÓN ARL                                                                                                                                                                                             |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| ARL                                                                                                                                                                                                             |                                        | ASEGURADORA                                                                                                                                                                                                | FECHA AFILIACIÓN      |                                                                                       | FECHA INICIO COBERTURA |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                        | POSITIVA                                                                                                                                                                                                   | 23/04/2025            |                                                                                       | 24/04/2025             |      |      |
| IV. ACTA                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| Se reunieron:                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                       |                        |      |      |
| DATOS DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                            | NOMBRE                                 | LUZ STELLA NOREÑA GUEVARA                                                                                                                                                                                  |                       |                                                                                       |                        |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                 | CARGO                                  | LIDER UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL AMAZONÍA                                                                                                                                                             |                       |                                                                                       |                        |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                 | TIPO DE IDENTIFICACIÓN                 | Cédula de ciudadanía                                                                                                                                                                                       | NÚMERO IDENTIFICACIÓN | 40771835                                                                              |                        |      |      |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                           | NOMBRE/RAZÓN SOCIAL                    | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA                                                                                                                                                                                |                       |                                                                                       |                        |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                 | TIPO DE IDENTIFICACIÓN                 | Cédula de ciudadanía                                                                                                                                                                                       | NÚMERO IDENTIFICACIÓN | 40692752                                                                              |                        |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                 | NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA) | NO APLICA                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                                                       |                        |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                 | TIPO DE IDENTIFICACIÓN                 | NO APLICA                                                                                                                                                                                                  | NÚMERO IDENTIFICACIÓN | NO APLICA                                                                             |                        |      |      |
| En Bogotá D.C. a los 24 días del mes 4 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 TERMINACION                                                                  | DÍA                    | MES  | AÑO  |
|                                                                                                                                                                                                                 | 24                                     | 4                                                                                                                                                                                                          | 2025                  |                                                                                       | 30                     | 9    | 2025 |
| Para constancia firma por quienes intervinieron:                                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                       |                        |      |      |
|                                                                                                                              |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       |  |                        |      |      |
| SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                                                                                                                                                                                            |                       | CONTRATISTA                                                                           |                        |      |      |

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

|                                                                  |                                  |               |  |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------|--|
| Número del Contrato                                              | ANT-CPS-20255779                 |               |  |
| Nombre del Contratista                                           | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA      |               |  |
| Documento de Identificación                                      | 40692752                         |               |  |
| Dirección, Subdirección, UGT u Oficina a la que pertenece        | UGT-Caquetá                      |               |  |
| Valor Inicial del Contrato                                       | \$ 28.019.694                    |               |  |
| Valor Honorarios del mes                                         | \$ 4.669.949                     |               |  |
| Valor inicial primer pago (según minuta)                         | \$ 4.669.949                     |               |  |
| Valor Honorario por día                                          | \$ 155.665                       |               |  |
| Fecha de inicio de ejecución del contrato (según acta de inicio) | 24-abr-25                        |               |  |
| Fecha de finalización del contrato                               | 30-sep-25                        |               |  |
| Días a pagar primer mes                                          | 7                                |               |  |
| Calculo primer pago ajustado                                     | \$ 1.089.655                     |               |  |
| Valor reducción contrato                                         | \$ 3.580.294                     |               |  |
| Valor Total del Contrato Ajustado                                | \$ 24.439.400                    |               |  |
| Numero RP                                                        | 287225                           |               |  |
| Valor Inicial RP                                                 | \$ 28.019.694                    |               |  |
| Rubro Presupuestal                                               | C-1704-1100-25-10106A-1704049-02 | \$ 28.019.694 |  |
| Rubro Presupuestal                                               | N/A                              | \$ 0          |  |
| Reducción RP                                                     | \$ 3.580.294                     |               |  |
| Rubro Reducido                                                   | C-1704-1100-25-10106A-1704049-02 | \$ 3.580.294  |  |
| Rubro Reducido                                                   | N/A                              | \$ 0          |  |
| Valor RP Final                                                   | \$ 24.439.400                    |               |  |
| Valor rubro presupuestal                                         | C-1704-1100-25-10106A-1704049-02 | \$ 24.439.400 |  |
| Valor rubro presupuestal                                         | N/A                              | \$ 0          |  |

|                                    |                                                                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Firma del Supervisor del contrato  |  |
| Nombre del supervisor del contrato | LUZ STELLA NOREÑA GUEVARA                                                            |
| Cargo del Supervisor del contrato  | Experto Código G3 Grado 5                                                            |



Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**LINA YOHANA SILVA SALAMANCA**

C.C 40.692.752

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 18 de enero 2025

**Aura Isabel Mora**

Código: 761910197000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

|                                                                                   |                  |                         |                |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|----------------|-------------|
|  | <b>FORMA</b>     | DECLARACIÓN JURAMENTADA | <b>CÓDIGO</b>  | GEFIN-F-004 |
|                                                                                   | <b>ACTIVIDAD</b> | GESTIÓN DE PAGOS        | <b>VERSIÓN</b> | 6           |
|                                                                                   | <b>PROCESO</b>   | GESTIÓN FINANCIERA      | <b>FECHA</b>   | 24/03/2023  |

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, LINA YOHANA SILVA SALAMANCA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.692.752, 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 |
|-----------------------|------------|------|
| DARA MARIA YARA SILVA | HIJA       | 4    |
| ABY MARIA YARA SILVA  | HIJA       | 8    |
| LIAA MARIA YARA SILVA | HIJA       | 8    |
|                       |            |      |

- 1.1. Declaro que mi cónyuge, WILSON YARA MEDINA identificado con la C.C. No. 17.652.798 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 ☒

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



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y  
DESARROLLO RURAL**

|                                                                                   |           |                         |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------|---------|-------------|
|  | FORMA     | DECLARACIÓN JURAMENTADA | CÓDIGO  | GEFIN-F-004 |
|                                                                                   | ACTIVIDAD | GESTIÓN DE PAGOS        | VERSIÓN | 6           |
|                                                                                   | PROCESO   | GESTIÓN FINANCIERA      | FECHA   | 24/03/2023  |

SI \_\_\_\_ NO X

- Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
- 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 X 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.  | ALCALDIA LA MONTAÑITA  | 030-CDAG-2025       | \$4.300.000                |
| 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 Florencia, del mes de \_Julio\_31 de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No.40.692.752 de San Vicente

|                                                                                   |           |                         |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------|---------|-------------|
|  | FORMA     | DECLARACIÓN JURAMENTADA | CÓDIGO  | GEFIN-F-004 |
|                                                                                   | ACTIVIDAD | GESTIÓN DE PAGOS        | VERSIÓN | 6           |
|                                                                                   | PROCESO   | GESTIÓN FINANCIERA      | FECHA   | 24/03/2023  |

## PANTALLAZO SECOP

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Q

Escritorio

→

Menú

Administración de contratos

Volver

Últimas modificaciones

Todos

Seleccionar

Buscar contrato

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Id.del contrato | Número.del contrato | Entidad Estatal                   | Tipo de entidad | Fecha.de.firma                                         | Fecha.de.finalización                                     | Facturación de la entidad   | Valor total de la oferta     | Estado       |                         |
|-----------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|-------------------------|
| 6346003         | ANT-CPS-20255779    | AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS - ANT | Entidad Estatal | -                                                      | 30/09/2025 23:59:00<br>(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito    | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA | 28.019.694 pesos colombianos | Firmado      | <a href="#">Detalle</a> |
| 6001569         | 030-CDAG-2025       | MUNICIPIO DE LA MONTAÑITA CAQUETA | Entidad Estatal | 02/05/2025 22:00:00<br>(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito | 30/06/2025 12:00:00 PM<br>(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA | 21.500.000 pesos             | En ejecución | <a href="#">Detalle</a> |



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

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

**56808423**

NUIP **1.215.966.903**

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E Q J

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

**REGISTRADURIA DE FLORENCIA MEDILASER CLINICA - COLOMBIA - CAQUETA -**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido **YARA** Segundo Apellido **SILVA**

Nombre(s) **ABY MARIA**

Sexo (en letra) **FEMENINO** O **POSITIVO**

Año **2017** Mes **ENE** Día **04**

**Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)**

**COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**

**Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos**

**CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **13865584-0:.....**

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

**Apellidos y nombres completos**

**SILVA SALAMANCA LINA YOHANA**

**Documento de identificación (Clase y número)** **CC 40.692.752** **Nacionalidad** **COLOMBIA**

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

**Apellidos y nombres completos**

**YARA MEDINA WILSON**

**Documento de identificación (Clase y número)** **CC 17.652.798** **Nacionalidad** **COLOMBIA**

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

**SILVA SALAMANCA LINA YOHANA**

**Documento de identificación (Clase y número)** **CC 40.692.752** **Firma**

**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**

Año **2017** Mes **ENE** Día **10**

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

**NOHORA ISABEL ORTEGA ARIAS - REGI**

**Reconocimiento notario**

**Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

**Firma** **Nombre y firma**

**ESPCIO PARA NOTAS**

**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**Es fiel copia tomada del original**

**Se expide a solicitud del interesado**

**Fecha** **26 JUL 2017**

**Valido para:**

**Registrador del Estado Civil**

**LITOGRAFIA DINAMICA**



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NUIP 1.215.966.904

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 56808424

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E Q J

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA MEDILASER CLINICA - COLOMBIA - CAQUETA -

**Datos del inscrito**

Primer Apellido YARA Segundo Apellido SILVA

Nombre(s) LIAA MARIA

Fecha de nacimiento Año 2017 Mes ENE Día 04 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 13865583-3

Datos de 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

SILVA SALAMANCA LINA YOHANA

Documento de identificación (Clase y número) CC 40.692.752 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

YARA MEDINA WILSON

Documento de identificación (Clase y número) CC 17.652.798 Nacionalidad COLOMBIA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

SILVA SALAMANCA LINA YOHANA

Documento de identificación (Clase y número) CC 40.692.752 Firma

**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 Año 2017 Mes ENE Día 10 Nombre y firma del funcionario que autoriza NOHORA SABEL ORTEGA ARIAS - REGI

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento SABEL ORTEGA ARIAS - REGI

**ESPACIO PARA NOTAS**



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REGISTRADURA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO



58304415

NUIP 1.117.945.773

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W 9 K

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

NOTARIA 1 FLORENCIA - COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido YARA..... Segundo Apellido SILVA.....  
Nombre(s)

DARA MARIA.....

Fecha de nacimiento Año 2020 Mes JUN Día 25 Sexo (en letras) FEMENINO..... Grupo sanguíneo A..... Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)  
COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... Número certificado de nacido vivo 15819255-6.....

Datos de 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 SILVA SALAMANCA LINA YOHANA.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 40.692.752..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos de padre o madre (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 YARA MEDINA WILSON.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 17.652.798..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos YARA MEDINA WILSON.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 17.652.798.....

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos.....

Documento de identificación (Clase y número)..... Firma.....

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos.....

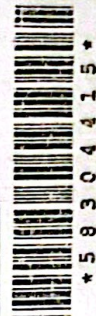
Documento de identificación (Clase y número)..... Firma.....

Fecha de inscripción Año 2020 Mes JUL Día 08  
Nombre y firma del funcionario que autoriza WILBERT FRANCISCO GARCIA SANCHEZ  
Nombre y firma.....

Reconocimiento paterno  
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento.....  
Firma..... Nombre y firma.....

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                             |  |                           |  |                                                   |  |                          |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |                           |  |                  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------------|--|------------------|--|--|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA        |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  | 40692752                                          |  | NÚMERO PLANILLA:         |  | 4619913678                     |  | TIPO DE PLANILLA:         |  | I-INDEPENDIENTES |  |  |  |  |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |  | LINA YOHANA SILVA SALAMANCA |  | DEPARTAMENTO:             |  | TOLIMA                                            |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS |  | MES                            |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | MES              |  |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | IBAGUE                      |  | TELÉFONO:                 |  | 4369764                                           |  | DÍAS DE MORA:            |  | 0                              |  | agosto AÑO                |  | agosto AÑO       |  |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CRA 14 ESTE N 12B 09        |  | CLASE APORTANTE:          |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  | 2025/09/02                     |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 9993871004       |  |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE            |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:      |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |                          |  |                                |  |                           |  |                  |  |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                     |  | SUCURSAL / DEPENDENCIA:   |  | 002 - CONTRATO 2                                  |  |                          |  |                                |  |                           |  |                  |  |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | SUCURSAL                    |  |                           |  | NO                                                |  |                          |  |                                |  |                           |  |                  |  |  |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                             |  |                           |  |                                                   |  |                          |  |                                |  |                           |  |                  |  |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 300.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 300.800 | \$ 0 | \$ 300.800   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 300.800 | \$ 0 | \$ 300.800   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                     |                   |                               |       |                        |       |               |       |             |                |            |                |            |      |           |              |  |
|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------------------------|-------|------------------------|-------|---------------|-------|-------------|----------------|------------|----------------|------------|------|-----------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA        |                     | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR<br>ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD    |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |                | MORA       |                | TOTALES    |      |           |              |  |
| CÓDIGO                | NOMBRE              |                   | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR<br>ADRES | COTIZACIÓN | VALOR<br>ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |
| EPS005                | EPS005-SANITAS S.A. | 1                 |                               | \$ 0  |                        | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 235.000  | \$ 0           | \$ 0       | \$ 0           | \$ 235.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 235.000   |  |
| SUBTOTALES:           |                     |                   |                               |       |                        |       |               |       |             |                |            |                | \$ 235.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 235.000   |  |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                                         | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 45.800   | \$ 45.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 45.800    |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 45.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 45.800    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                             |                                                          |                   |                |                 |                       |                    |           |                  |     |     |     |     |       |     |     |     |         |     |     |     |     |       |                 |          |           |            |      |                     |                           |          |        |              |                     |      |           |            |        |            |                                         |            |             |              |           |          |     |                   |              |       |              |              |
|-------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----------|------------------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|-----------------|----------|-----------|------------|------|---------------------|---------------------------|----------|--------|--------------|---------------------|------|-----------|------------|--------|------------|-----------------------------------------|------------|-------------|--------------|-----------|----------|-----|-------------------|--------------|-------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                             |                                                          |                   |                |                 |                       |                    |           | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |       |     |     |     |         |     |     |     |     |       | PARAFISCALES    |          |           |            |      |                     |                           |          |        |              |                     |      |           |            |        |            |                                         |            |             |              |           |          |     |                   |              |       |              |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                     | TIPO COTIZANTE                                           | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES |                  |     |     |     |     |       |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     | SALUD |                 |          |           |            | ARP  |                     |                           | DÍAS COT | IBC    | CCF          |                     | SENA | ICBF      | ESAP       | MINEDU |            |                                         |            |             |              |           |          |     |                   |              |       |              |              |
|                               |                |                             |                                                          |                   |                |                 |                       |                    | ING       | RET              | TAE | TDP | TAP | COR | VSP   | VST | SLN | COM | IGE     | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP   | ADMIN           | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES VOLUNTARIOS | INDICADOR TARIFA ESPECIAL |          |        | TOTAL APORTE | ADMIN               |      |           |            |        | DÍAS COT   | IBC                                     | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN     | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 40692752    | SILVA SALAMANCA LINA YOHANA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES |                   | \$ 1.720.000   |                 |                       | NO                 |           |                  |     |     |     |     | 01-30 |     |     |     |         |     |     |     |     |       | 230301-PORVENIR | 30       | 1.880.000 | \$ 300.800 | \$ 0 | \$ 0                | \$ 0                      | \$ 0     | Normal | \$ 300.800   | EPS005-SANITAS S.A. | 30   | 1.880.000 | \$ 235.000 | \$ 0   | \$ 235.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30         | 1.880.000   | \$ 40692752  | \$ 45.800 | \$ 0     |     | \$ 0              | \$ 0         | \$ 0  | \$ 0         | \$ 0         |

TOTAL PAGADO:

\$ 581.600



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

| Datos del empleador                       |                                 |                                       |                                |
|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Nombres y apellidos o Razón Social        | AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT |                                       |                                |
| Tipo de documento de identificación       | NI                              | Número de documento de identificación | 900948953                      |
| Datos del trabajador                      |                                 |                                       |                                |
| Tipo documento y número de identificación | CC<br>40692752                  | Nombres y apellidos                   | LINA YOHANA<br>SILVA SALAMANCA |
| Fecha de afiliación                       | 2025-04-24                      | Estado de afiliación                  | Activo                         |
| Fecha de inicio cobertura                 | 2025-04-24                      | Tipo de vinculación                   | Independiente                  |
| Clase de riesgo                           | 3                               | Fecha de retiro                       |                                |

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de septiembre del 2025.

Cordialmente,

**Gerencia de afiliaciones y novedades**

**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>

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

[www.positiva.gov](http://www.positiva.gov)