

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-09	2025-09	1755097776	9491529160	I	2025/10/14	2025/09/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000	

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1755097776	9491529160	I	2025/10/14	2025/09/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-08	2025-08	1755087365	9490935952	I	2025/09/11	2025/09/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000	

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1755087365	9490935952	I	2025/09/11	2025/09/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-07	2025-07	1687348194	9489529689	I	2025/08/14	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes			
1	CC	1082878353	GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR																	230301	30	\$2,540,496	\$406,500	ESSC24	30	\$2,540,496	\$317,600	0	50	50	14-23	30	\$2,540,496	\$61,900	0	50	50	No	\$786,000				
Total	Afiliados(1)																						\$2,540,496	\$406,500			\$2,540,496	\$317,600			50	50			\$2,540,496	\$61,900			50	50			\$786,000

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1687348194	9489529689	I	2025/08/14	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-06	2025-06	1646110259	9488360929	I	2025/07/11	2025/07/22	BANCO DE OCCIDENTE	11	\$791,500	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																									
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																	
1	CC	1082878353	GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR																	230301	30	\$2,540,496	\$406,500	ESSC24	30	\$2,540,496	\$317,600	0	50	50	14-23	30	\$2,540,496	\$61,900	0	50	50	No	\$786,000																		
Total Afiliados(1)																								\$2,540,496	\$406,500			\$2,540,496	\$317,600			50	50			\$2,540,496	\$61,900			50	50																\$786,000

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1646110259	9488360929	I	2025/07/11	2025/07/22	BANCO DE OCCIDENTE	11	\$791,500

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

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

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

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

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

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

RESUMEN DE PAGO

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-04	2025-04	1476295474	9484203899	I	2025/05/14	2025/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000	

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1476295474	9484203899	I	2025/05/14	2025/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-03	2025-03	1387982684	9482944971	I	2025/04/11	2025/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000	

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1387982684	9482944971	I	2025/04/11	2025/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$786,000

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

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




DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-02	2025-02	1333263808	9482944954	I	2025/03/13	2025/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$471,700	


LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes			
1	CC	1082878353	GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR																	230301	30	\$1,524,298	\$243,900	E55C24	30	\$1,524,298	\$190,600	0	50	50	14-23	30	\$1,524,298	\$37,200	0	50	50	No	\$471,700				
Total	Afiliados(1)																						\$1,524,298	\$243,900			\$1,524,298	\$190,600			50	50			\$1,524,298	\$37,200			50	50			\$471,700

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1333263808	9482944954	I	2025/03/13	2025/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$471,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$243,900	\$0	\$0	\$243,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$243,900	\$0	\$0	\$243,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,200	\$0	\$0	\$37,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$37,200	\$0	\$0	\$37,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$190,600	\$0	\$0	\$190,600	
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$190,600	\$0	\$0	\$190,600	
TOTAL				1	\$471,700	\$0	\$0	\$471,700	

	FORMA	ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO	ADQBS-F-021		
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		VERSIÓN	4		
	PROCESO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		FECHA	31/12/2024		
				FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA			
				Día	Mes	Año	
				13	2	2025	
I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO							
CONTRATO No.:	ANT-CPS-20252405						
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS DENTRO DE LA MISIONALIDAD DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL EN EL MARCO DE LA REFORMA RURAL INTEGRAL						
VALOR:	\$	50.809.904	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	12/02/2025			
II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							
No. RP	123525						
FECHA RP	13/02/2025						
III. AFILIACIÓN ARL							
ARL	ASEGURADORA	FECHA AFILIACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA			
	POSITIVA	12/02/2025		13/02/2025			
IV. ACTA							
Se reunieron:							
DATOS DEL SUPERVISOR	NOMBRE	DAMIAN ALFONSO MARAÑON ROMERO					
	CARGO	LIDER UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL CARIBE					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1082860787			
DATOS DEL CONTRATISTA	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1082878353			
	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)	NO APLICA					
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	NO APLICA			
En Bogotá D.C. a los <u>13</u> días del mes <u>2</u> de <u>20</u> <u>25</u> se reunieron, el supervisor del contrato, en representación de LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS, y el contratista, con el fin de suscribir el acta de inicio, así:							
FECHA DE INICIACIÓN	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍA	MES	AÑO
	13	2	2025		30	9	2025
Para constancia firma por quienes intervinieron:							
							
SUPERVISOR				CONTRATISTA			

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.1.082.878.353, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

- Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
THALIANA ISABEL GONZALEZ NIÑO	HIJA	8 AÑOS
NATASHA GONZALEZ NIÑO	HIJA	3 AÑOS

- 1.1. Declaro que mi cónyuge, YERALDIN NIÑO MARQUEZ identificado (a) con la C.C. No. 1.082.940.163 NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

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

- 2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO _

- **El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____
- **El crédito ha sido otorgado a ambos conyuges.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyuge no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____

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

SI ___ NO _

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


SI ___ NO _

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

SI ___ NO _



MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

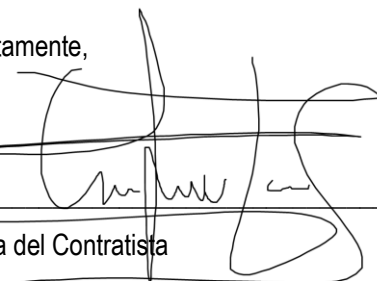
3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** “(...) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación de aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)”, por consiguiente:
 - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI ____ NO X estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
 - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

Nota: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Santa Marta a los 30 días del mes de SEPTIEMBRE de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 1.082.878.353



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.083.034.579**

GONZALEZ NIÑO

APELLIDOS

THALIANA ISABEL

NOMBRES

Thaliana Isabel

FIRMA



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

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

25-ABR-2034
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

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

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



ÍNDICE DERECHO



P-2100150-01392580-F-1083034579-20231106

0136882382A 1

8509534843



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **61819810**

NUIP **1205973122**



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **E N F**

PAIS - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA - NOTARIA 4 SANTA MARTA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido **GONZÁLEZ** * * * * * Segundo Apellido **NIÑO** * * * * *

Nombre(s) **NATASHA** * * * * *

Fecha de nacimiento Año **2 0 2 1** Mes **A B R** Día **0 8** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA * * * * *

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

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

Apellidos y nombres completos **NIÑO MARQUEZ YERALDIN** * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1082940163** * * * * * Nacionalidad **COLOMBIA** * * * * *

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

Apellidos y nombres completos **GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR** * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1082878353** * * * * * Nacionalidad **COLOMBIA** * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR** * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1082878353** * * * * *

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 **2 0 2 1** Mes **A B R** Día **2 0** Nombre y firma del funcionario que autoriza **LIGIA ISABEL GUTIERREZ ARAUJO**

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

ESPACIO PARA NOTAS

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

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Fw: MEMORANDO DE LEGALIZACION ANT-CPS
202410283/202410173/202410895/20249853/20249638/20249979/20249556/20249741/

Desde Damian Alfonso Marañon Romero <damian.maranon@ant.gov.co>
Fecha Lun 30/09/2024 9:24
Para Alcides Junior Gonzalez Carroll <alcides.gonzalez@ant.gov.co>

Obtener [Outlook para iOS](#)

De: Legalización Contratos <legalizaciones@ant.gov.co>
Enviado: Thursday, September 12, 2024 5:54:11 PM
Para: Damian Alfonso Marañon Romero <damian.maranon@ant.gov.co>
Asunto: MEMORANDO DE LEGALIZACION ANT-CPS
202410283/202410173/202410895/20249853/20249638/20249979/20249556/20249741/

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

Reciba un cordial saludo,

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

Dependencia	UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL
Número del contrato	202410283
Contratista	CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CARRILLO
Fecha de Suscripción	28/08/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	30/08/2024
Nro Rp	535024
Fecha de afiliación ARL	28/08/2024
Fecha cobertura ARL	29/08/2024
Fecha aprobación póliza	30/08/2024
Fecha de cumplimiento de requisitos para inicio	30/08/2024

Dependencia	DIRECCIÓN GENERAL
Número del contrato	202410173
Contratista	ANABEL ZUÑIGA CESPEDES
Fecha de Suscripción	04/09/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	05/09/2024
Nro Rp	1388224
Fecha de afiliación ARL	04/09/2024
Fecha cobertura ARL	05/09/2024
Fecha aprobación póliza	05/09/2024
Fecha de cumplimiento de requisitos para inicio	05/09/2024

Dependencia	UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL
Número del contrato	202410895
Contratista	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL
Fecha de Suscripción	09/09/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	12/09/2024
Nro Rp	588024
Fecha de afiliación ARL	09/09/2024
Fecha cobertura ARL	10/09/2024
Fecha aprobación póliza	10/09/2024
Fecha de cumplimiento de requisitos para inicio	12/09/2024

□

Dependencia	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL ORDENAMIENTO SOCIAL DE LA PROPIEDAD
Número del contrato	20249741
Contratista	DANIELA RAMIREZ PORTILLO
Fecha de Suscripción	14/08/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	15/08/2024
Nro Rp	1255824
Fecha de afiliación ARL	15/08/2024
Fecha cobertura ARL	16/08/2024
Fecha aprobación póliza	21/08/2024
Fecha de inicio	21/08/2024

□

Dependencia	UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL
Número del contrato	20249556
Contratista	EDUARDO RAFAEL OROZCO DE LA CRUZ
Fecha de Suscripción	12/08/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	15/08/2024
Nro Rp	468724
Fecha de afiliación ARL	13/08/2024
Fecha cobertura ARL	14/08/2024
Fecha aprobación póliza	16/08/2024
Fecha de cumplimiento de requisitos para inicio	16/08/2024

□

Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE ACCESO A TIERRAS POR DEMANDA Y DESCONGESTIÓN
Número del contrato	20249853
Contratista	DANIELA ESTHER WILCHES RONDON
Fecha de Suscripción	23/08/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	26/08/2024
Nro Rp	517324
Fecha de afiliación ARL	23/08/2024
Fecha cobertura ARL	24/08/2024
Fecha aprobación póliza	28/08/2024

Fecha de cumplimiento de requisitos para inicio	28/08/2024
---	------------

□

Dependencia	UNIDADES DE GESTION TERRITORIAL
Número del contrato	20249638
Contratista	CARLOS JOSE MATTOS PERILLA
Fecha de Suscripción	13/08/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	16/08/2024
Nro Rp	469824
Fecha de afiliación ARL	13/08/2024
Fecha cobertura ARL	14/08/2024
Fecha aprobación póliza	15/08/2024
Fecha de cumplimiento de requisitos para inicio	16/08/2024

□

Dependencia	UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL
Número del contrato	20249979
Contratista	ALBERTO FABIO PABON GIL
Fecha de Suscripción	20/08/2024
Fecha de Expedición del Registro Presupuestal	22/08/2024
Nro Rp	504524
Fecha de afiliación ARL	20/08/2024
Fecha cobertura ARL	21/08/2024
Fecha aprobación póliza	20/08/2024
Fecha de inicio	22/08/2024

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 adiciones. 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. El **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. 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.
2. El **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. El **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. El **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. El **SUPERVISOR** debe verificar y certificar el cumplimiento del pago al sistema de seguridad social por parte del CONTRATISTA.
6. El **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. El **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. El **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. El **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.
11. El **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. El **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 Líderes 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 presente 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
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.

	FORMA	ACTA DE INICIO	CÓDIGO	ADQBS-F-021
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	VERSIÓN	3
	PROCESO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	FECHA	9/04/2024

Día	Mes	Año
12	9	2024

I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No.:	202410895		
OBJETO:	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES A LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS PARA EL IMPULSO DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN EL MARCO DE LOS PROCESOS MISIONALES ADELANTADOS Y DELEGADOS A ESTAS		
VALOR:	25.404.952,00	PLAZO:	Hasta 31 de diciembre 2024
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	09/09/2024		

II. GARANTÍA UNICA

ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO S.A		
No. DE PÓLIZA	30-46-101015386	FECHA DE APROBACIÓN	10/09/2024

III. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

No. CDP	924	No. RP	588024
		FECHA RP	12/09/2024

IV. AFILIACIÓN ARL

ARL	v	FECHA AFILIACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA
	positiva	9/09/2024	10/09/2024

V. ACTA


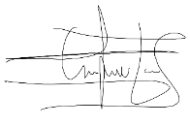
Se reunieron:

DATOS DEL SUPERVISOR	NOMBRE	DAMIÁN ALFONSO MARAÑÓN ROMERO		
	CARGO	EXPERTO CODIGO G3 GRADO 5		
	IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	No.	1.082.860.787
DATOS DEL CONTRATISTA	NOMBRE	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL		
		Cédula de ciudadanía	No.	1.082.878.353

En Bogotá D.C. a los 13 días del mes 09 de 2024 se reunieron, el supervisor del contrato, en representación de LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS, y el contratista, con el fin de suscribir el acta de inicio, así:

FECHA DE INICIACIÓN	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍA	MES	AÑO
	12	9	2024		31	12	2024

Para constancia firma por quienes intervinieron:

	
SUPERVISOR	CONTRATISTA





1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 **Condiciones**

[VER CONTRATO](#)

3 Bienes y servicios

Documentos Tipo

4 Documentos del Proveedor

Documentos Tipo No

Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

Decreto 248 de 2021

7 Ejecución del Contrato

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto

El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos

8 Modificaciones del Contrato

destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la

9 Incumplimientos

Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021? No

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017

Sí No

Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

blank

Condiciones de entrega Como acordado previamente

El contrato puede ser prorrogado Sí No

Configuración financiera - Garantías

blank

¿Solicitud de garantías? Sí No

Garantías por lotes, grupos o etapas Sí No

Cumplimiento Sí No

Cumplimiento del contrato

% del valor del contrato 10,000000 Fecha de vigencia (desde) 20 días de tiempo transcurrido (6/09/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Valor de la garantía Fecha de vigencia (hasta) 30/06/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Responsabilidad

civil extra Sí No

contractual

Fecha límite

para entrega de - garantías:

Fecha de entrega de garantías: 20 días de tiempo transcurrido (7/09/2024 10:40:17 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	Acciones
CO1.WRT.15126527	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	2.540.495,20 COP	SEGUROS DEL ESTADO	30/06/2025 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptada	Detalle	Car



Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? Sí No *

Condiciones de facturación y pago

blank

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura 30 días

Comentarios

blank

Comentarios

Anexos del contrato

blank

Descripción

ANEXOS DEL CONTRATO.pdf

[Descargar](#) [Detalle](#)

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 43 # 57-41

Ubicación CO-DC-11001 - Bogotá

País COLOMBIA

Departamento Distrito Capital de Bogotá

Municipio Bogotá

Dirección Calle 43 # 57-41

Código postal 111

Grados (°) Minutos (') Segundos (")

Latitud:

Longitud:

Municipio de ejecución del contrato

ID

Dirección

Ubicación

1

SANTA MARTA, MAGDALENA.

COLOMBIA > Magdalena > Santa Marta

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: VILLAVICENCIO			SUCURSAL: VILLAVICENCIO			COD. SUC: 30		NO. PÓLIZA: 30-46-101015386		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:	
DÍA: 07	MES: 09	AÑO: 2024	DÍA: 07	MES: 09	AÑO: 2024	HORAS: 00:00	DÍA: 30	MES: 06	AÑO: 2025	HORAS: 23:59	TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR						IDENTIFICACIÓN: C.C. :1,082,878,353	
DIRECCIÓN: CALLE 45 29H1-25 TORRES DE CANARIAS 1 PENTHOUSE 1				CIUDAD: SANTA MARTA - MAGDALENA		TELÉFONO: 3006097314	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO							
ASEGURADO/BENEFICIARIO: AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS-ANT						IDENTIFICACIÓN: NIT. :900,948,953-8	
DIRECCIÓN: CL 43 57 41				CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO: 6015185858	
ADICIONAL:							

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. ANT-CPS-202410895 DE 2024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES A LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS PARA EL IMPULSO DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN EL MARCO DE LOS PROCESOS MISIONALES ADELANTADOS Y DELEGADOS A ESTAS.

AMPAROS			
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/09/2024	30/06/2025	\$ 2,540,495.20
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 2,540,495.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
CARLOS ARIEL MENDEZ LINARES	173962	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 38 NO. 33 - 45/49 - TELÉFONO: 6623707 - VILLAVICENCIO

(Firma Autorizada)



(Firma Tomador)

30-46-101015386

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 30-46-101015386, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en VILLAVICENCIO, a los 7 días del mes de Septiembre de 2024


FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR		C.C. C.C. :1,082,878,353	
LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 30-46-101015386				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO - CU. ESTATAL - 101015386 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
INTERMEDIARIO:	CARLOS ARIEL MENDEZ LINARES - 173962		TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	GONZALEZ CARROLL ALCIDES JUNIOR		C.C. C.C. :1,082,878,353	
LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 30-46-101015386				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO - CU. ESTATAL - 101015386 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
INTERMEDIARIO:	CARLOS ARIEL MENDEZ LINARES - 173962		TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.30-46-101015386**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCACIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCACIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERÁN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

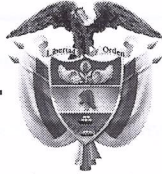
EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECIERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
RECIBIMOS DE: ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROL		CC. 1.082.878.353		
LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos *****				
POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000086847032				
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO-46-101015386-0-1	\$0.00		\$33,320.00	\$33,320.00
FORMA DE PAGO				
Efectivo - \$ 33,320.00			EFFECTIVO:	
			CHEQUE:	
			TARJETA:	
			BD:	33,320.00
			OTROS:	
TRANSACCION: 0005712329			TOTAL:	\$33,320.00
			CAJERO: PAGUESTADO	



Libertad y Orden

AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS – ANT
RESOLUCIÓN No. *202461005185846* con Fecha 2024-08-08

“Por la cual se hace un nombramiento ordinario”

EL DIRECTOR GENERAL DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS

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, el Decreto No. 1083 de 2015, modificado y adicionado por el Decreto No. 648 de 2017 y demás normas concordantes, y

CONSIDERANDO:

Que el numeral 23 del artículo 11° del Decreto Ley 2363 de 2015, dispuso como función del Despacho del Director 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 5° de la Ley 909 de 2004, determinó la clasificación de los empleos públicos y en su numeral 2° 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 en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015, para verificar las capacidades y competencias laborales de la persona aspirante al cargo, el Departamento Administrativo de la Función Pública como Entidad experta en la selección de personal, avala y expide el resultado satisfactorio para su nombramiento; posterior a esta etapa y en aplicación del principio de transparencia, la hoja de vida del aspirante se publica durante (3) días en la página web de la Presidencia de la República y de la Agencia Nacional de Tierras.

Que el señor **DAMIAN ALFANSO MARAÑON ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.082.860.787, cumple con los requisitos exigidos en el Manual de Funciones y Competencias Laborales para ocupar el cargo de libre nombramiento y remoción denominado Experto Código G3 Grado 05 de la Dirección General de la Agencia Nacional de Tierras; asimismo, obtuvo un resultado satisfactorio en la prueba realizada por Función Pública, razón por la cual su hoja de vida se publicó tanto en la página web de la Presidencia de la República como en la de la Agencia Nacional de Tierras.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Nombrar con carácter ordinario al señor **DAMIAN ALFANSO MARAÑON ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.082.860.787, en el empleo denominado Experto Código G3 Grado 05 de la Dirección General de la Agencia Nacional de Tierras.

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.

A

9

"Por la cual se hace un nombramiento ordinario"

ARTÍCULO TERCERO: Las funciones que cumplirá el servidor serán las establecidas en las páginas 2 a la 4 de la Resolución No. 202461002495876 del 10 de abril de 2024 y sus adiciones y/o modificaciones, según corresponda para el empleo.

ARTÍCULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su comunicación.


COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., el 2024-08-08


JUAN FELIPE HARMAN ORTIZ
Director General

Firmado digitalmente por JUAN FELIPE HARMAN ORTIZ
Fecha: 2024.08.08 17:46:59 -05'00'

Aprobó: Angela Lorena Ortiz Rosero – Secretaria General
Revisó: Glenis Astrid Medina Velásquez – Subdirectora de Talento Humano
Proyectó: Carola Fernanda Sánchez Castañeda, Gestor STH

 <p>Agencia Nacional de Tierras JUNTOS ABRIMOS LAS PUERTAS AL PROGRESO</p>	FORMA	RECIBIDO A SATISFACCIÓN, INFORME DE ACTIVIDADES Y ORDEN DE PAGO CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES	CÓDIGO	ADQBS-F-001
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	VERSION	4
	PROCEDIMIENTO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	FECHA	26/01/2024

Dependencia:	UGT SANTA MARTA		Fecha:	9/30/2025 6:06:13 PM
Pago No:	8	Total de Pagos	8	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR				
Nombre/Razón Social:	ALCIDES JUNIOR GONZALEZ CARROLL		Identificación:	1082878353
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Correo electrónico:
				alcides.gonzalez@ant.gov.co

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS DENTRO DE LA MISIONALIDAD DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL EN EL MARCO DE LA REFORMA RURAL INTEGRAL.

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Apoyar y gestionar oportunamente las solicitudes, peticiones y/o requerimientos que le sean asignados por el supervisor del contrato a través del aplicativo ORFEO o los aplicativos designados por Unidad de Gestión Territorial.	Se le dio el visto bueno al memorando 202577000380893 en el cual se encontró una solicitud de cesión de contrato No. ANT-CPS-20254550 en donde se remito el informe final de supervisión para llevar a cabo la terminación anticipada por mutuo acuerdo del contrato de suministro No. ANT-CPS-20251933, suscrito entre la Agencia Nacional de Tierras y FRED TORRES GUTIERREZ	Anexo_1743704_638944851338185542.pdf
2. Apoyar con la elaboración de reportes e informes que le sean solicitados en la Unidad de Gestión Territorial.	Consolidar la base de datos de los comités municipales de reforma agraria del departamento del magdalena para manejar comunicación continua en los procesos de formalización de tierras.	Anexo_1743705_638948508941392436.xlsx
3. Participar, en las mesas de trabajo que le sean asignadas en la Unidad de Gestión Territorial.	Participo en la mesa de trabajo virtual desarrollada con el aplicativo MEET en donde me desempeñe como enlace profesional para el proceso de diseño del Modelo de Arquitectura Empresarial de la Agencia Nacional de Tierras, que se desarrollara entre agosto y diciembre de 2025. Como apoyo en todo lo relacionado con el lado funcional, ya que conoce a fondo la operación, los diferentes sub-equipos, los procesos, trámites, cuellos de botella, indicadores y metas a reportar, y en general sabe quién hace qué en los equipos, lo que nos dará una visión completa de su dependencia.	Anexo_1743706_638948475871902997.pdf Anexo_1743706_638948475871902997.pdf
4. Apoyar y proyectar respuestas a memorandos internos y solicitudes de particulares requeridos en la Unidad de Gestión Territorial.	Esta obligación no fue requerida en este periodo.	
5. Apoyar con la gestión y almacenamiento de los documentos allegados a la Unidad de Gestión Territorial tanto en medio magnético como físico.	Esta obligación no fue requerida en este periodo.	
6. Las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato siempre y cuando guarden relación con el objeto contractual.	Se resolvieron requerimientos de la mesa de servicios en los cuales se activaron usuarios, se desmarcaron radicados del aplicativo Orfeo, se desarchivaron expedientes, se habilitaron expedientes y se le dieron soluciones a incidentes de servicio. Se le dieron permisos de visualización a expedientes según requerimiento enviado por correo electrónico.	Anexo_1743709_638948483269672993.docx Anexo_1743709_638948483316744139.docx Anexo_1743709_638948483361548915.docx Anexo_1743709_638948483438435695.docx Anexo_1743709_638948483498491224.docx Anexo_1743709_638948483572114883.docx Anexo_1743709_638948483689006140.docx Anexo_1743709_638948483754573209.docx Anexo_1743709_638948483935597956.docx Anexo_1743709_638948484039801039.docx Anexo_1743709_638948484131324357.docx Anexo_1743709_638948484219105292.docx Anexo_1743709_638948484325003874.docx Anexo_1743709_638948484374553831.docx Anexo_1743709_638948484421001520.docx Anexo_1743709_638948484469908435.docx

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

Documento Firmado Digitalmente
 El presente documento contiene una firma digital válida de acuerdo con la ley 1995 del 2002 y sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la ley 1995 del 2002.



Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato / convenio anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de \$6,351,238.00 SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE..

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

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

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

Total Pagado	\$41,918,171.00 -
Saldo Actual:	\$6,351,238.00 -


VALOR A PAGAR:	\$6,351,238.00 -
Menos este pago:	\$0.00 -

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

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	100.00%
---	---------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

ANEXOS			
Persona natural		Persona Jurídica	
Aporte a pensión	X	Parafiscales	
Aporte a salud	X	RUT (primer pago y/o actualización)	
Aporte ARL	X	Entrada al almacén	
Producto(s) - Entregable (s)		Factura	
Informe (s) Adicional (es)		Producto(s) - Entregable (s)	
		Informe (s) Adicional (es)	

SUPERVISOR 1		SUPERVISOR 2	
Firma:		Firma:	
Nombre:	DAMIAN ALFONSO MARAÑON ROMERO	Nombre:	
No. Identificación:	1082860787	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	

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

