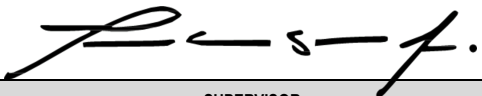
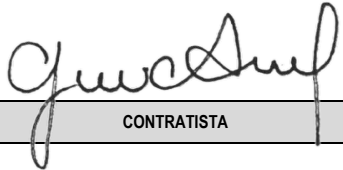
	<b>FORMA</b>	ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN		<b>CÓDIGO</b>	ADQBS-F-021		
	<b>ACTIVIDAD</b>	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		<b>VERSIÓN</b>	4		
	<b>PROCESO</b>	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		<b>FECHA</b>	31/12/2024		
				<b>FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA</b>			
				<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	
				26	5	2025	
<b>I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO</b>							
		ANT-CPS-20256488					
<b>OBJETO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO ACTIVIDADES DE COMPETENCIA DE LA SUBDIRECCIÓN DE ACCESO A TIERRAS POR DEMANDA Y DESCONGESTIÓN, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS 2025 EN EL MARCO DEL "FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE REFORMA AGRARIA Y RURAL INTEGRAL NACIONAL Y EL DECRETO 062 DE 24 DE ENERO DE 2025						
<b>VALOR:</b>	\$	35.329.176	<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b>	22/05/2025			
<b>II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>							
<b>No. RP</b>	334025						
<b>FECHA RP</b>	26/05/2025						
<b>III. AFILIACIÓN ARL</b>							
<b>ARL</b>	<b>ASEGURADORA</b>	<b>FECHA AFILIACIÓN</b>		<b>FECHA INICIO COBERTURA</b>			
	POSITIVA	22/05/2025		23/05/2025			
<b>IV. ACTA</b>							
Se reunieron:							
<b>DATOS DEL SUPERVISOR</b>	<b>NOMBRE</b>	IRINA COLETTE SALAS LONDOÑO					
	<b>CARGO</b>	SUBDIRECTOR DE ACCESO A TIERRAS POR DEMANDA Y DESCONGESTIÓN					
	<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	Cédula de ciudadanía	<b>NÚMERO IDENTIFICACIÓN</b>	1121896121			
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRE/RAZÓN SOCIAL</b>	GERSON ANDRES FULA BELTRAN					
	<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	Cédula de ciudadanía	<b>NÚMERO IDENTIFICACIÓN</b>	1000118224			
	<b>NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)</b>	NO APLICA					
	<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	NO APLICA	<b>NÚMERO IDENTIFICACIÓN</b>	NO APLICA			
En Bogotá D.C. a los <u>26</u> días del mes <u>5</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:							
<b>FECHA DE INICIACIÓN</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
	26	5	2025		31	10	2025
Para constancia firma por quienes intervinieron:							
							
SUPERVISOR				CONTRATISTA			

**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:

<b>Contratista</b>	SUBDIRECCIÓN DE ACCESO A TIERRAS POR DEMANDA Y DESCONGESTIÓN
<b>Número del contrato</b>	20256488
<b>Contratista</b>	GERSON ANDRES FULA BELTRAN

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 adicione. 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 (**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.

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 **(si aplica)**.

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 designación.

Cordialmente,

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GERSON ANDRES FULA BELTRAN** identificado con **CC No. 1000118224**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT - NI. 900948953	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 23/05/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 22/05/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/10/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015297305.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de mayo de 2025.


Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

	<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>	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:

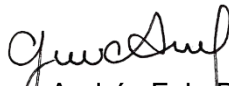
- Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI X NO\_estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
- Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:


NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.	INSTITUTO GEOGRAFICO AGUSTIN CODAZZI	3394 de 2025	\$ 5.831.624
2.	N/A	N/A	N/A
3.	N/A	N/A	N/A

**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 Bogotá a los treinta (30) días del mes de septiembre de **2025**

Atentamente,

  
 Gerson Andrés Fula Beltrán

	<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>	26/01/2023

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, GERSON ANDRÉS FULA BELTRÁN, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.000.118.224, 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
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

1.1. Declaro que mi cónyuge N/A identificada con la C.C. No. N/A NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

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

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

SI  NO

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

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

SI  NO

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

SI  NO

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

SI  NO



MINISTERIO DE AGRICULTURA Y  
DESARROLLO RURAL

<b>PRÓRROGA Y ADICIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ANT-CPS-20256488 GERSON ANDRES FULA BELTRAN</b>	
<b>CONSIDERACIONES</b>	
a.	Que el 22 de mayo de 2025, se suscribió Contrato Prestación de Servicios No. <b>ANT-CPS-20256488</b> , entre la Agencia Nacional de Tierras – ANT y <b>GERSON ANDRES FULA BELTRAN</b> , cuyo objeto corresponde a: <i>“PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO ACTIVIDADES DE COMPETENCIA DE LA SUBDIRECCIÓN DE ACCESO A TIERRAS POR DEMANDA Y DESCONGESTIÓN, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS 2025 EN EL MARCO DEL “FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE REFORMA AGRARIA Y RURAL INTEGRAL NACIONAL Y EL DECRETO 062 DE 24 DE ENERO DE 2025.”</i>
b.	Que el plazo de ejecución del Contrato se estableció hasta el 31 de octubre de 2025, contado a partir del 26 de mayo de 2025.
c.	Que el valor inicial del contrato se pactó en la suma de <b>TREINTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$35.329.176)</b> , amparados en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 3125 del 15 de abril de 2025, expedido por la Subdirección Administrativa y Financiera de la Agencia.
d.	Que mediante memorando interno radicado bajo el No. 202542000294203 de fecha 23 de julio de 2025, la Subdirectora de Acceso a Tierras por Demanda y Descongestión, <b>IRINA COLETTE SALAS LONDOÑO</b> , en su calidad de supervisor(a) del Contrato, solicitó adelantar la prórroga y adición del presente Contrato, conforme con la SOLICITUD DE MODIFICACIÓN, ADICIÓN Y/O PRORROGA DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS, que da cuenta de los datos generales del contrato, las situaciones que motivan la modificación contractual, y de la conveniencia y oportunidad de proceder con la misma, junto con la documentación anexa que hace parte integral del presente documento.
e.	Que, así las cosas, con base en la información suministrada por el supervisor del contrato, la presente prórroga y adición se regirá por las siguientes:
<b>ESTIPULACIONES CONTRACTUALES</b>	
1.	<b>PRORROGAR</b> el plazo de ejecución del Contrato, a partir del 1 de noviembre de 2025, hasta el 31 de diciembre de 2025
2.	<b>ADICIONAR</b> el valor total del contrato en la suma de <b>ONCE MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS MCTE (\$11.776.392)</b> , quedando el valor total del contrato de prestación de servicios hasta por la suma de <b>CUARENTA Y SIETE MILLONES CIENTO CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MCTE (\$47.105.568)</b>
3.	<b>FORMA DE PAGO:</b> El valor de la presente adición se pagará de la siguiente manera:  Dos (02) mensualidades vencidas, iguales y sucesivas conforme a los honorarios mensuales por los meses de noviembre y diciembre de 2025, cada una por la suma de <b>CINCO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS (\$5.888.196) M/CTE</b> incluidos impuestos, tasas, contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar, previa entrega del informe de actividades y recibo satisfacción del supervisor del contrato, junto con el comprobante de pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral, siempre que la obligación de efectuar el pago le corresponda al contratista.
4	La presente adición se encuentra amparada en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.3125 del 15 de abril de 2025, expedido por la Subdirección Administrativa y Financiera de la Agencia. con cargo al Rubro: <b>C-1704-1100-25-10106AZ-1704048-02</b>
5.	Que EL(A) CONTRATISTA, manifiesta bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado por la aprobación de este documento, no encontrarse incurso/a en causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición legal para celebrar la presente

	modificación y afirma no encontrarse incluido/a en los boletines emitidos por la Contraloría General de la República, por declaratoria de responsabilidad fiscal debidamente ejecutoriada.
6.	Las demás disposiciones del CONTRATO y las modificaciones a que haya tenido a lugar, que no sean contrarias a lo previsto en el presente documento continuarán vigentes.
7.	Las partes conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente documento que es parte integral del contrato.
8.	La presente modificación requiere para su perfeccionamiento la firma electrónica de las partes a través de la plataforma SECOP II y para su ejecución la expedición del Registro Presupuestal.

Proyectó: Irene Tovar Castrillón – Abogada Contratista GIT para la Gestión Contractual. 

Revisó: Hector Andres Wilches Torres – Abogado Contratista GIT para la Gestión Contractual.

Aprobó: David Esneyder Aguilera Peralta – Coordinador GIT para la Gestión Contractua

## PAGADO 04/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

## I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GERSON ANDRES FULA BELTRAN		
Documento	CC1000118224	Dirección	CR 16 #136 - 71 CONTADOR USAQUEN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3142573707
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

## II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMI	UAC	APP	AGP	IRP	Días FER	Días EPS	Días RAR	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1000118224	GERSON ANDRES FULA BELTRAN	59	00	X																0	5	5	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 392.547	\$ 62.900	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	\$ 392.547	\$ 49.100	2.436	\$ 392.547	\$ 9.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 121.600

## III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 392.547	\$ 392.547	\$ 392.547	\$ 0	\$ 62.900	\$ 49.100	\$ 9.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 121.600	\$ 0	\$ 121.600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1000118224		GERSON ANDRES FULA BELTRAN	INDEPENDIENTE	Principal	Carrea 16 No. 136 - 71 Contador	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142573707	No	

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	1578690050	9487735548	I	2025/07/07	2025/06/25	BANCO DE BOGOTA	0	\$728,800

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	1000118224	FULA BELTRAN GERSON ANDRES						X											25-14	30	\$2,355,279	\$376,900	EPSC34	30	\$2,355,279	\$294,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,355,279	\$57,400	0	\$0	\$0	No	\$728,800			
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>																					\$2,355,279	\$376,900			\$2,355,279	\$294,500			\$0	\$0			\$2,355,279	\$57,400			\$0	\$0			\$728,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000118224		GERSON ANDRES FULA BELTRAN	INDEPENDIENTE	Principal	Carrea 16 No. 136 - 71 Contador	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142573707	No

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	1578690050	9487735548	I	2025/07/07	2025/06/25	BANCO DE BOGOTA	0	\$728,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$728,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$728,800</b>	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000118224		GERSON ANDRES FULA BELTRAN	INDEPENDIENTE	Principal	Carrea 16 No. 136 - 71 Contador	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142573707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1647322902	9489251521	I	2025/08/08	2025/07/23	BANCO DE BOGOTA	\$728,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
1	CC 1000118224	FULA BELTRAN GERSON ANDRES	25-14	30	\$2,355,279	\$376,900	EPSC34	30	\$2,355,279	\$294,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,355,279	\$57,400	0	\$0	\$0		
<b>Total Afiliados (1)</b>					\$2,355,279	\$376,900		\$2,355,279	\$294,500		\$0	\$0		\$2,355,279	\$57,400		\$0	\$0					

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$728,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$728,800</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000118224		GERSON ANDRES FULA BELTRAN	INDEPENDIENTE	Principal	Carrea 16 No. 136 - 71 Contador	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142573707	No

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	1712594969	9489278032	I	2025/09/05	2025/08/19	BANCO DE BOGOTA	0	\$728,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
1	CC 1000118224	FULA BELTRAN GERSON ANDRES	25-14	30	\$2,355,279	\$376,900	EPSC34	30	\$2,355,279	\$294,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,355,279	\$57,400	0	\$0	\$0		
<b>Total Afiliados (1)</b>					\$2,355,279	\$376,900		\$2,355,279	\$294,500		\$0	\$0		\$2,355,279	\$57,400		\$0	\$0					

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$728,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$728,800</b>	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000118224		GERSON ANDRES FULA BELTRAN	INDEPENDIENTE	Principal	Carrea 16 No. 136 - 71 Contador	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142573707	No

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	1773785472	9490655052	I	2025/10/07	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	0	\$728,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
1	CC 1000118224	FULA BELTRAN GERSON ANDRES	25-14	30	\$2,355,279	\$376,900	EPSC34	30	\$2,355,279	\$294,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,355,279	\$57,400	0	\$0	\$0		
<b>Total Afiliados (1)</b>					\$2,355,279	\$376,900		\$2,355,279	\$294,500		\$0	\$0		\$2,355,279	\$57,400		\$0	\$0					

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$376,900	\$0	\$0	\$376,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$57,400	\$0	\$0	\$57,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$294,500	\$0	\$0	\$294,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$728,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$728,800</b>	

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GERSON ANDRES FULA BELTRAN** identificado con **CC No. 1000118224**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT - NI. 900948953	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 23/05/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 22/05/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/10/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015297305.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS