

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMAT CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 6
FN.FT.01



DATOS BÁSICOS					
NÚMERO DE CÉDULA	1121867389				
NOMBRE	JESSY BERLEY RANGEL GÁMEZ				
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ				

INFORMACIÓN CONTRACTUAL						
NÚMERO DE CONTRATO	AND-178-2025	VIGENCIA	DESDE	21	AGOSTO	2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$11.024.000		HASTA	20	OCTUBRE	2025

MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
VALOR ADICIONADO			PRÓRROGA HASTA	DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO			FECHA CEDIDO	DÍA	MES	AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE	DÍA	MES	AÑO		
	HASTA	DÍA	MES	AÑO		
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$11.024.000		TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	225	NÚMERO DE RP	35625
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302024-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	SEGUNDO (2)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 5.512.000,00	BASE GRAVABLE	\$ 0,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 5.512.000,00	IVA	\$ 0,00
		TOTAL	\$ 0,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	\$ 7.349.333,00		
SALDO POR PAGAR	\$ 3.674.667,00		

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
Nº DE CUENTA	01318586582

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 352.800,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 275.600,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 11.500,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	\$ 0,00

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	
1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. 2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009. *Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato. 3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019. 4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato". 5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país). Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia: FIRMA: JESSY BERLEY RANGEL GÁMEZ	

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
MARICELA TORRENEGRA BARRIOS	SUBDIRECTORA	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

FIRMA: MARICELA TORRENEGRA BARRIOS

Revisó: Alejandra Ordoñez - Apoyo Administrativo y Financiero

Fecha de expedición del documento: octubre 2025

Nombre: JESSY BERLEY RANGEL GÁMEZ

Nº contrato: AND-178-2025

Fecha de inicio: 21 DE AGOSTO 2025

Fecha de terminación: 20 DE OCTUBRE 2025

Período de pago: SEPTIEMBRE

Nº de pago y/o factura: 2

Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales de manera transversal a los procesos de gestión en la Subdirección Administrativa y Financiera de la AND adelantadas acciones de seguimiento y control

Supervisor: MARICELA TORRENEGRA BARRIOS

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Apoyar en las actividades relacionadas con la planeación y organización de asuntos administrativos asignados por la supervisión del contrato	Durante el periodo de inicio del contrato no se me ha designado procesos de compilación, revisión y seguimiento de reportes	N/A
02	Apoyar a la Subdirección Administrativa y Financiera en el proceso de Gestión Documental teniendo en cuenta las recomendaciones que emita el Profesional a cargo del proceso	- Se apoyo en la foliación de documentos del área subdirección administrativa y financiera - Se apoyo en la realización del acta de la capacitación en el tema de los archivos electrónicos y SharePoint, la tabla de nombramiento - Se apoyo en la actualización del FUID de la dirección	OBLIGACIÓN 2

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
03	Prestar apoyo en la supervisión de contratos cuando sea designado por el supervisor	Durante el periodo de inicio del contrato no se me ha designado supervisión de contrato	N/A
04	Apoyar a la Subdirección Administrativa y Financiera en el proceso de Seguridad y Salud en el trabajo teniendo en cuenta las recomendaciones que emita el Profesional que lidera el proceso	Se apoyo en la presentación para la capacitación INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025	OBLIGACIÓN 4
05	Apoyar técnicamente en los procesos de la Subdirección en la compilación, revisión y seguimiento de los reportes y/o información que se requiera dentro de cada proceso o que sea solicitada por los líderes de los procesos y/o cualquier otra dependencia interna o externa a la AND.	Se apoyo en la actualización del procedimiento organización y administración de archivos de gestión	OBLIGACIÓN 5
06	Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga relación directa con su objeto contractual.	- Se asistió a reunión virtual Mesa de trabajo SharePoint Jurídica - Se asistió a reunión presencial proceso documental – Dirección - Se asistió al taller virtual prevención del estrés	OBLIGACIÓN 6
07	Las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor y que guarden relación con el objeto contractual.	Se apoyo en la realización del acta de reunión de dirección de procesos documental	OBLIGACIÓN 7

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
Agosto	89413270

Presentó:

Aprobó

JESSY B. RANGEL G.

Firma Contratista
JESSY B. RANGEL GÁMEZ

Maricela Torrenegra B.

Firma Supervisor
MARICELA TORRENEGRA BARRIOS - SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	02/10/2025	89413270	\$645.300	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	275.600	0		0		0	13	2.300	0	277.900	1

TOTALES PENSIÓN				Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
230301	Porvenir	800224808-8	352.800	0	0	0	0	13	2.900	0	355.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	13	100	11.700			116	11.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.600	277.900
Pensión	1	352.800	355.700
Riesgos Laborales	1	11.600	11.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	640.000	645.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121867389	JESSY BERLEY RANGEL GAMEZ		Calle 59 A Bis#5-13	3012796642	jessy02rangel@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	02/10/2025	89413270	10
					TOTAL A PAGAR
					\$645.300

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1121867389	RANGEL GAMEZ JESSY BERLEY	59	0		N																		230301	2.204.800	352.800	0	0	0	0	EPS010	2.204.800	275.600	14-23	2.204.800	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121867389	JESSY BERLEY RANGEL GAMEZ		Calle 59 A Bis#5-13	3012796642	jessy02rangel@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	21/08/2025	88631178	\$640.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	275.600	0		0		0	0	0	275.600	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	352.800	0	0	0	0	0	0		352.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.600	275.600
Pensión	1	352.800	352.800
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	640.000	640.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121867389	JESSY BERLEY RANGEL GAMEZ		Calle 59 A Bis#5-13	3012796642	jessy02rangel@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	21/08/2025	88631178	\$640.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1121867389	RANGEL GAMEZ JESSY BERLEY	59	0		N																			230301	2.204.800	352.800	0	0	0	0	EPS010	2.204.800	275.600	14-23	2.204.800	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA