

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



| DATOS BÁSICOS                   |  |
|---------------------------------|--|
| NÚMERO DE CÉDULA                | 1,018,437,243                            |
| NOMBRE                          | Angelica Clavijo Bernal                  |
| DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN          | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO | BOGOTÁ                                   |

| INFORMACIÓN CONTRACTUAL    |                  |          |       |    |                 |
|----------------------------|------------------|----------|-------|----|-----------------|
| NÚMERO DE CONTRATO         | AND-187-2025     | VIGENCIA | DESDE | 9  | SEPTIEMBRE 2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 47,200,000.00 |          | HASTA | 31 | DICIEMBRE 2025  |

| MODIFICACIONES CONTRACTUALES |               |                        |     |     |     |
|------------------------------|---------------|------------------------|-----|-----|-----|
| VALOR ADICIONADO             |               | PRORROGA HASTA         | DÍA | MES | AÑO |
| VALOR CEDIDO                 |               | FECHA CEDIDO           | DÍA | MES | AÑO |
| SUSPENSIÓN                   | DESDE HASTA   | DÍA                    | MES | AÑO |     |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO     | \$ 47,200,000 | TERMINACIÓN ANTICIPADA | DÍA | MES | AÑO |

| INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN |                                 |               |      |              |       |
|---|---------------------------------|---------------|------|--------------|-------|
| TIPO DE GASTO                           | INVERSIÓN                       | NÚMERO DE CDP | 4625 | NÚMERO DE RP | 36925 |
| RUBRO                                   | C-2302-0400-2-53105B-2302003-02 |               |      |              |       |

| 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     | \$ 12,000,000 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO        | \$ 12,000,000 |
| SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTI  | \$ 20,800,000 |
| SALDO POR PAGAR                   | \$ 26,400,000 |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) ( | \$ 768,000.00 |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) ( | \$ 600,000.00 |
| APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)  | \$ 25,100.00  |
| APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL  |               |

|               |         |
|---------------|---------|
| BASE GRAVABLE | \$ 0.00 |
| IVA           | \$ 0.00 |
| TOTAL         | \$ 0.00 |

| DATOS BANCARIOS |             |
|-----------------|-------------|
| BANCO           | BANCO BCSC  |
| TIPO DE CUENTA  | AHORROS     |
| Nº DE CUENTA    | 24087831005 |

\* 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**

- 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.
- 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.
- 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.
- 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".
- 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:

*Angelica Clavijo Bernal*

FIRMA: Angelica Clavijo Bernal

**CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO**

| NOMBRE                      | CARGO      | DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN                   |
|-----------------------------|------------|--|
| MARICELA TORRENEGRA BARRIOS | SUPERVISOR | 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.

*Maricela Torrenegra Barrios*

FIRMA: MARICELA TORRENEGRA BARRIOS

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



**Fecha de expedición del documento:** Octubre 2025

**Nombre:** ANGELICA CLAVIJO

**N° contrato:** AND-187-2025

**Fecha de inicio:** 09/09/2025

**Fecha de terminación:** 31/12/2025

**Período de pago:** OCTUBRE 2025

**N° de pago y/o factura:** SEGUNDO PAGO

**Objeto Contractual:** Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica como Líder de Proyectos para apoyar a la Subdirección de Desarrollo y SCD en la supervisión de los proyectos adelantados por la Agencia Nacional Digital.

**Supervisor:** MARICELA TORRENEGRA

| *N° | Obligaciones Específicas<br>(Obligaciones contractuales)  | Descripción<br>(Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)                                       | **Evidencia<br>(Enlace a la evidencia de la actividad) |
|-----|---|--|--|
| 01  | Apoyar a la Subdirección de Desarrollo y SCD en la supervisión de los proyectos que le sean asignados.  | Se apoyo con la revisión y seguimiento del componente de uso y apropiación del proyecto REDAM – Contrato interadministrativo N°. 1604-2025 suscrito con MinTic.                          | <a href="#">Obligación 01</a>                          |
| 02  | Apoyar a la Subdirección de Desarrollo y SCD con la elaboración o gestión de documentos requeridos para el cumplimiento de la ejecución de los proyectos adelantados por la Agencia Nacional Digital. | No se solicitó apoyo con respecto a la elaboración o gestión de documentos requeridos para el cumplimiento de la ejecución de los proyectos adelantados por la Agencia Nacional Digital. | N/A  |

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



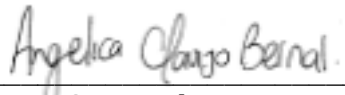
| *N<br>o | Obligaciones Específicas<br>(Obligaciones contractuales)   | Descripción<br>(Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)  | **Evidencia<br>(Enlace a la evidencia de la actividad) |
|---------|--|---|--|
| 03      | Gestionar el proceso administrativo para la generación y radicación de las facturas del proyecto asignado.   | En el presente mes no se realizó facturación de REDAM.  | N/A  |
| 04      | Hacer entrega oportuna de informes solicitados por el supervisor del contrato.   | Se entrega al supervisor la ejecución financiera del Contrato REDAM.  | <a href="#">Obligación 04</a>                          |
| 05      | 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 participó de manera constante en las reuniones y mesas de trabajo convocadas por la supervisión del contrato, orientadas a la elaboración de documentación, seguimiento financiero de REDAM y la sesión del mismo al aliado. Se adjunta evidencia de las reuniones que se participó. | <a href="#">Obligación 05</a>                          |
| 06      | Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del contrato.  | Se dio apoyo en la estructuración financiera de negocios potenciales, con el fin de garantizar una propuesta económica competitiva y de sostenibilidad financiera de la entidad.  | <a href="#">Obligación 06</a>                          |

| Observaciones Contratista | Observaciones Supervisor |
|---------------------------|--------------------------|
|                           |                          |

| REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |                          |
|--|--------------------------|
| MES  | NUMERO                   |
| SEPTIEMBRE                                     | 1075613003<br>1077212904 |

Presentó:

Aprobó



Firma Contratista  
ACTIVIDADES ANGELICA CLAVIJO



Firma Supervisor  
MARICELA TORRENEGRA  
SUPERVISORA  
Subdirectora Financiera y Administrativa



# PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-30, 12:59:49 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1075613003

Periodo Cotización:

septiembre de 2025

Periodo Servicio:

septiembre de 2025

## PAGADO 30/09/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                                 |                           |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| <b>Razón Social</b>        | ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL |                           |                                 |
| <b>Documento</b>           | CC1018437243                    | <b>Dirección</b>          | CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE                   | <b>Teléfono</b>           | 3173798144                      |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                         | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO                           |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.                     | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.                     |
| <b>Representante Legal</b> |                                 | <b>Identificación</b>     |                                 |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                               | <b>ARP</b>                | 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 | USI | SN | IGL | UM        | VAC | AVP | ACP   | IRP | Días FER | Días EPS | Días ANP | 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 1018437243      | ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |    |     |           |     |     |       |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230201) PROTECCION | \$ 1.520.436   | \$ 243.300     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.520.436 | \$ 190.100 | 0,522       | \$ 1.520.436   | \$ 8.000       | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 0 | \$ 441.400 |

### 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 |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.520.436 | \$ 1.520.436 | \$ 1.520.436 | \$ 0      | \$ 243.300      | \$ 190.100    | \$ 8.000        | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0   | \$ 0              | \$ 441.400                     | \$ 0                    | \$ 441.400  |



# PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-12, 12:05:02 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1077212904

Nro Planilla Corregida: 1075613003

Periodo Cotización:

septiembre de 2025

Periodo Servicio:

septiembre de 2025

## PAGADO 12/11/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                                 |                           |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| <b>Razón Social</b>        | ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL |                           |                                 |
| <b>Documento</b>           | CC1018437243                    | <b>Dirección</b>          | CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE                   | <b>Teléfono</b>           | 3173798144                      |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                         | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO                           |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.                     | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.                     |
| <b>Representante Legal</b> |                                 | <b>Identificación</b>     |                                 |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                               | <b>ARP</b>                | 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 | UET | SN | IGL | UM        | UMC | AMP | ACP   | IRP | Días FER | Días EPS | Días ARP | 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-1018437243      | ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     | A   |     |    |     |           |     |     |       |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230201) PROTECCION | \$ 1.520.436   | \$ 243.300     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.520.436 | \$ 190.100 | 0,522       | \$ 1.520.436   | \$ 8.000       | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 441.400   |
| CC-1018437243      | ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     | C   | X   |    |     |           |     |     |       |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230201) PROTECCION | \$ 3.520.000   | \$ 563.200     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 3.520.000 | \$ 440.000 | 0,522       | \$ 3.520.000   | \$ 18.400      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 1.021.600 |

### 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 |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.999.564 | \$ 1.999.564 | \$ 1.999.564 | \$ 0      | \$ 319.900      | \$ 249.900    | \$ 10.400       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0   | \$ 0              | \$ 580.200                     | \$ 12.000               | \$ 592.200  |