

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
 FORMATO: 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 NATALIA CLAVIJO BERNAL
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES
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		HASTA	31	DICIEMBRE	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	\$ 47,200,000.00	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	325	NÚMERO DE RP	17625
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302024-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	CUARTO (4)	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 ESTE	\$ 44,800,000
SALDO POR PAGAR	\$ 2,400,000

BASE GRAVABLE	\$ 0.00
IVA	\$ 0.00
TOTAL	\$ 0.00

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 (\$ 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 NATALIA CLAVIJO BERNAL

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
DIANA MOYA PITA	ASESORA	DIRECCIÓN GENERAL

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 correspond

Diana Moya Pita

FIRMA: DIANA MOYA PITA

\$ 47,200,000

SEPTIEMBRE	\$ 8,800,000	
OCTUBRE	\$ 12,000,000	\$ 20,800,000
NOVIEMBRE	\$ 12,000,000	\$ 32,800,000
DICIEMBRE	\$ 12,000,000	\$ 44,800,000

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Versión: 4

CT.FT.02

Ue pongo

Fecha de expedición del documento: *Diciembre 2025*

Nombre: *ANGELICA CLAVIJO*

N° contrato: *AND-187-2025*

Fecha de inicio: *09/09/2025*

Fecha de terminación: *31/12/2025*

Período de pago: *DICIEMBRE 2025*

N° de pago y/o factura: *CUARTO 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: *DIANA MOYA PITA*

*N°	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 a la Subdirección de Desarrollo y SCD en la supervisión de los proyectos que le sean asignados.	Se apoyo con la revisión de los datos de Redam.	Obligación 01
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.	Durante este periodo no fue solicitado.	Obligación 02

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



*N o	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	Gestionar el proceso administrativo para la generación y radicación de las facturas del proyecto asignado.	Durante este periodo no fue solicitado.	Obligación 03
04	Hacer entrega oportuna de informes solicitados por el supervisor del contrato.	Se realiza seguimiento financiero al contrato de REDAM suscrito entre la AND y Mintic.	Obligación 04
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 adjunta evidencia de las reuniones que se participo.	Obligación 05
06	Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del contrato.	Apoyo a la subdirección administrativa en la preparación del comité de gestión y desempeño para presentar los documentos del proceso de Gestión Documental	Obligación 06

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

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



REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
NOVIEMBRE	1077210121

Presentó:

Aprobó

Firma Contratista
ACTIVIDADES ANGELICA CLAVIJO

Firma Supervisor
DIANA MOYA PITA
SUPERVISORA
Subdirectora Financiera y Administrativa



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-26, 01:11:42 p. m. | Tipo Planilla | Número Planilla 1077210121
 Periodo Cotización 202511 | Periodo Servicio 202511

PAGADA 2025-11-26 12:39:02.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC 1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Total Afiliados	1
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1018437243	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				CLAVIJO BERNAL ANGELICA NATALIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales														
ING	RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP				VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARPA	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF			
																0	30	30	30	0			\$ 1.520.436	230201		16 %	\$ 1.520.436	\$ 243.300	\$ 0	\$ 0	EPS005		12,5 %	\$ 1.520.436	\$ 190.100	\$ 0	14-23	1	0,522 %	\$ 1.520.436	\$ 8.000	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 243.300	\$ 0	\$ 0	\$ 190.100	\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	





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

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
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	USI	SW	IGI	UMI	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

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
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	UET	SN	IG	UM	MAC	AMP	ACT	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	\$ 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	\$ 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



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-30, 12:59:29 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1076010800

Periodo Cotización:

octubre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

PAGADO 30/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
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	USI	SW	IGI	UMI	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: 2025-12-09, 04:19:06 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1077868938

Nro Planilla Corregida: 1076010800

Periodo Cotización:

octubre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

PAGADO 09/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
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	USL	SN	IGL	UM	MAC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANP	Dias 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	\$ 0	\$ 441.400
CC-1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	59	00									C	X								0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 4.800.000	\$ 768.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 4.800.000	\$ 600.000	0,522	\$ 4.800.000	\$ 25.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.393.100

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
\$ 3.279.564	\$ 3.279.564	\$ 3.279.564	\$ 0	\$ 524.700	\$ 409.900	\$ 17.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 951.700	\$ 15.600	\$ 967.300

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATIZACIÓN 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 NATALIA CLAVIJO BERNAL
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES
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		HASTA	31	DICIEMBRE	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	\$ 47,200,000.00	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	325	NÚMERO DE RP	17625
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302024-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	CUARTO (4)	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 ESTE	\$ 44,800,000
SALDO POR PAGAR	\$ 2,400,000

BASE GRAVABLE	\$ 0.00
IVA	\$ 0.00
TOTAL	\$ 0.00

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 (\$ 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 NATALIA CLAVIJO BERNAL

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
DIANA MOYA PITA	ASESORA	DIRECCIÓN GENERAL

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 correspond

Diana Moya Pita

FIRMA: DIANA MOYA PITA

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Versión: 4

CT.FT.02

Ue pongo

Fecha de expedición del documento: *Diciembre 2025*

Nombre: *ANGELICA CLAVIJO*

N° contrato: *AND-187-2025*

Fecha de inicio: *09/09/2025*

Fecha de terminación: *31/12/2025*

Período de pago: *DICIEMBRE 2025*

N° de pago y/o factura: *CUARTO 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: *DIANA MOYA PITA*

*N°	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 a la Subdirección de Desarrollo y SCD en la supervisión de los proyectos que le sean asignados.	Se apoyo con la revisión de los datos de Redam.	Obligación 01
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.	Durante este periodo no fue solicitado.	Obligación 02

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



*N o	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	Gestionar el proceso administrativo para la generación y radicación de las facturas del proyecto asignado.	Durante este periodo no fue solicitado.	Obligación 03
04	Hacer entrega oportuna de informes solicitados por el supervisor del contrato.	Se realiza seguimiento financiero al contrato de REDAM suscrito entre la AND y Mintic.	Obligación 04
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 adjunta evidencia de las reuniones que se participo.	Obligación 05
06	Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del contrato.	Apoyo a la subdirección administrativa en la preparación del comité de gestión y desempeño para presentar los documentos del proceso de Gestión Documental	Obligación 06

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

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



REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
NOVIEMBRE	1077210121

Presentó:

Aprobó

Firma Contratista
ACTIVIDADES ANGELICA CLAVIJO

Firma Supervisor
DIANA MOYA PITA
SUPERVISORA
Subdirectora Financiera y Administrativa

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

I. IDENTIFICACION DEL CONTRATO

Número del Contrato:	AND-187-2025
Nombre del Contratista:	CLAVIJO BERNAL ANGELICA NATALIA
Número de Identificación:	1018437243
Fecha de Inicio:	09/09/2025
Fecha de Terminación:	31/12/2025
Objeto del Contrato:	<i>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.</i>
No. CDP:	4625
No. RP:	36925
Periodo que Comprende el Informe	09/09/2025 – 31/12/2025
Nombre Supervisor:	Maricela Torrenegra Desde 09/09/2025 hasta 23/11/2025 – Diana Milena Moya 24/11/2025 hasta 31/12/2025.
Cargo Supervisor:	Subdirectora Administrativa y Financiera

II. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

Teniendo en cuenta la cláusula “2.3 ACTIVIDADES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA”, a continuación, me permito enumerar una a una con su respectiva ejecución y evidencia para validación y previa aprobación por parte de la supervisión:

OBLIGACION ES	Actividad Realizada	Enlace Sharepoint /One Drive
1. Apoyar a la Subdirección de Desarrollo y SCD en la supervisión de los proyectos	Se presenta la información levantada a la fecha (septiembre). Se apoyo con la revisión y seguimiento del	AND_187_2025_ANGELICA_NATALIA_CLAVIJO_BERNAL

<p>que le sean asignados.</p>	<p>componente de uso y apropiación del proyecto REDAM – Contrato interadministrativo N°. 1604-2025 suscrito con MinTic. (octubre). 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. (noviembre).</p>	
<p>2. 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.</p>	<p>Apoyo en la elaboración de los oficios AND-EXT-0971 (Informe sobre devoluciones y última radicación de registro de software REDAM) y AND-EXT-0949 (Estado de las cesiones de derechos – _Contrato Interadministrativo No. 1053-2024 – _REDAM).(SEPTIEMBRE)</p> <p>No se solicitó apoyo con respecto a la elaboración o gestión de documentos requeridos para el cumplimiento de la ejecución de los proyectos</p>	<p>AND 187 2025 ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL</p>

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME FINAL DE ACTIVIDADES
Versión: 1
CT.FT.23



	<p>adelantados por la Agencia Nacional Digital. (OCTUBRE).</p> <p>Apoyo en la elaboración de estudios previos y precontractuales para la contratación de los aliados que apoyaran la ejecución de los contratos con la Alcaldía de San Cristóbal. (NOVIEMBRE).</p> <p>Durante este periodo no fue solicitado. (DICIEMBRE)</p>	
<p>3. Gestionar el proceso administrativo para la generación y radicación de las facturas del proyecto asignado.</p>	<p>Se apoyo en el proceso de facturación del REDAM.</p>	<p>AND 187 2025 ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL</p>
<p>4. Hacer entrega oportuna de informes solicitados por el supervisor del contrato.</p>	<p>Se revisaron los documentos presentados a la REDAM para facturación.</p>	<p>AND 187 2025 ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL</p>
<p>5. Asistir a reuniones y mesas de</p>	<p>Se asistió a las reuniones solicitadas por el supervisor.</p>	<p>AND 187 2025 ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL</p>

trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga relación directa con su objeto contractual.		
6. Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del contrato.	No se solicitó	AND 187 2025 ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL

III. EJECUCIÓN FINANCIERA

BALANCE DEL CONTRATO	
Valor Inicial del Contrato:	47.200.000
Valor Adicionado:	0
Valor Total del Contrato:	47.200.000
Valor Total Ejecutado:	44.800.000
Valor Pagado Al contratista:	32.800.000
Saldo por Pagar al Contratista:	12.000.000
Porcentaje de Ejecución / Porcentaje valor pagado	95%
Valor a Liberar Presupuestalmente:	0

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME FINAL DE ACTIVIDADES
Versión: 1
CT.FT.23



Se expide, en el mes de diciembre del año dos mil Veinticinco:

FIRMA DEL CONTRATISTA
CLAVIJO BERNAL ANGELICA NATALIA

FIRMA DEL SUPERVISOR
DIANA MILENA MOYA