

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



DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	1.019.115.146
NOMBRE	Thalia Fernanda Suarez Galofre
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

INFORMACIÓN CONTRACTUAL					
NÚMERO DE CONTRATO	AND-043-2026	VIGENCIA	DESDE	27	ENERO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.500.000,00		HASTA	10	JUNIO

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO	\$ 6.000.000,00	PRORROGA HASTA	11	AGOSTO	2026
VALOR CEDIDO		FECHA CEDIDO	DÍA	MES	AÑO
SUSPENSIÓN		DESDE	DÍA	MES	AÑO
		HASTA	DÍA	MES	AÑO
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 19.500.000,00	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN			
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	226
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302003-02	NÚMERO DE RP	3226

INFORMACIÓN PARA PAGO				
NÚMERO DE PAGO	SEXTO (6)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA

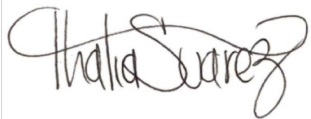
VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 3.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 3.000.000,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	\$ 15.400.000,00
SALDO POR PAGAR	\$ 4.100.000,00

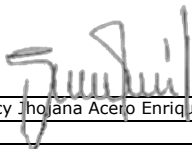
BASE GRAVABLE	\$ 0,00
IVA	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 283.600,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 221.600,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 9.400,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	\$ 0,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
Nº DE CUENTA	457470061708

* 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: Thalia Fernanda Suarez Galofre

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
Lucy Jhohana Acero Enriquez	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: Lucy Jhohana Acero Enriquez		

Revisó: Alejandra Ordoñez - Apoyo Administrativo y Financiero

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



Fecha de expedición del documento: JUNIO-2026

Nombre: Thalia Fernanda Suarez Galofre

N° contrato: AND-043-2026

Fecha de inicio: 27-01-2026

Fecha de terminación: 11-08-2026

Período de pago: Junio-2026

N° de pago y/o factura:006

Objeto Contractual: Prestar, por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, servicios de apoyo a la gestión para la ejecución de actividades asistenciales en la Subdirección Administrativa y Financiera.

Supervisor: LUCY JHOJANA ACERO ENRIQUEZ

*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 la gestión documental de la Agencia Nacional Digital (AND), garantizando la organización, actualización y manejo adecuado de la documentación conforme a los lineamientos institucionales y normativos vigentes.	• Se apoyo con la asignación de radicados Externos e internos • Se apoyo con las reuniones de las TRD de cada área de la AND	Obligación 1
02	Prestar el acompañamiento necesario para la elaboración y presentación oportuna de informes solicitados por la Subdirección Administrativa y Financiera	• Se apoyo con la elaboración del acta de la reunión de seguimiento a los planes internos de mejoramiento de la subdirección administrativa	Obligación 2
03	Apoyar la supervisión de los contratos que le sean asignados.	• Se apoyo con la revisión de cuentas	Obligación 3

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)
04	Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga relación.	Se asistieron a las capacitaciones y reuniones de la subdirección administrativa y financiera	Obligación 4
05	Las demás actividades que le sean solicitadas por el supervisor y que guarden relación con el objeto Contractual.	Se apoyo con la solicitud de Reasignación de Token Físico Maria Fernanda – Auxiliar contable	Obligación 5

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
MAYO	86697458

Presentó:

Firma Contratista
THALIA FERNANDA SUAREZ GALOFRE

Aprobó

Firma Supervisora Encargada
LUCY JHOJANA ACERO ENRIQUEZ

Revisó: Alejandra Ordoñez - Apoyo Administrativo y Financiero

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019115146	THALIA FERNANDA SUAREZ GALOFRE	Carrera 145 #145-46 casa 71	3006956771	thaliasuarez@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86697458	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$516.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	21	3.400	0	222.300	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										
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200		0	0	0	0	21	4.400	0	284.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200					9.200	21	200	9.400			92	9.400	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	21	0	0	0
ICBF				
0	21	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	218.900	222.300
Pensión	1	280.200	284.600
Riesgos Laborales	1	9.200	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	516.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019115146	THALIA FERNANDA SUAREZ GALOFRE		Carrera 145 #145-46 casa 71	3006956771	thafliasuarez@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86697458	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$516.300	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

thalia fernanda suarez galofre

C.C 1.019.115.146

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 09 de julio 2026



Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769519360206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 01 Inscripción				4. Número de formulario 141001388802	
(415)7707212489984(8020) 000014100138880 2					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 9 1 1 5 1 4 6		1	Impuestos de Bogotá		3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 1 9 1 1 5 1 4 6	
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento	
COLOMBIA		1 6 9		Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
Bogotá, D.C. 0 0 1		SUAREZ		GALOFRE	
33. Primer nombre		34. Otros nombres			
THALIA		FERNANDA			
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9		Bogotá D.C. 1 1		Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal					
CR 145 145 48 CA 71					
42. Correo electrónico thafliasuarez@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
		3 0 0 6 9 5 6 7 7 1		3 0 4 6 3 7 4 2 0 7	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2	
8 2 1 1 2 0 2 4 0 3 1 3					
51. Código 52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI X NO					
60. No. de Folios: 1					
61. Fecha 2024-03-21 / 02:23:25PM					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre RESTREPO ROLDAN CINDY JOHANNA					
985. Cargo Gestor IV					