



FORMATO UNICO PARA PAGO A CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES



Contratante:

FONDO - GESTION GENERAL

388e08

RECURSO

Propios

Fecha de Diligenciamiento

AA	MM	DD
2026	5	5

Supervisor

Nombre:	Néstor Alonso Jiménez Estrada
Cargo:	Coordinador(A) Del Grupo Interno De Trabajo De Estadística Y Estudios Sectoriales

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista

Zarate Perez Carlos German

N° C.C. 80744840

Cuenta Bancaria Registrada para pagos del contrato

24105829878 tipo cuenta AHORROS Entidad financiera BANCO CAJA SOCIAL S.A.

REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL CONTRATO (MM/DD/AAAA)

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RUT

Número de Contrato	1164-2026	Ciudad de RetelCA	BOGOTÁ D.C.
Numero de Registro Presupuestal	122626		
Fecha del Registro Presupuestal	2026-01-31	¿Es Responsable de IVA?	NO
Fecha de Aprobación de la Póliza	2026-02-03		
afiliado ARL	2026-01-31	¿Es facturador Electrónico?	NO
Inicio de Ejecución Contractual	2026-02-03	Plazo de Ejecución Hasta	2026-11-02

Son declarantes del impuesto sobre la renta quienes en la vigencia fiscal anterior al año en curso recibieron ingresos superiores a 1,400 UVTS y patrimonio superior a 4,500 UVTS . Se consideran como no responsables del Iva en función de unos topes mínimos de ingresos y otros conceptos señalados por el parágrafo 3 del artículo 437 del estatuto tributario.



FORMATO UNICO PARA PAGO A CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES



OBJETO CONTRACTUAL:

III. VERIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo Liquidado (Planilla):*3 y *4

adjuntar obligatorio
mes anterior Y MES FINAL*5.

MARZO - ABRIL

El Valor del IBC debe ser el 40% de los INGRESOS del respectivo mes: *2

*Si adjunta la planilla del mes objeto de cobro. APLICA PARA DEPURAR RETENCION EN LA FUENTE "ES OPCIONAL"
Es obligatorio adjuntar la del mes anterior.*

Notas:

- *1. El pago del Fondo de Solidaridad únicamente aplica cuando la base de cotización es entre 4 -16 SMMLV (1%) *ARL = Riesgo 1 tarifa 0,522%; riesgo 2 tarifa 1,044%; riesgo 3 tarifa 2,436%; riesgo 4 tarifa 4,350%; riesgo 5 tarifa 6,960% *AFC = Fondo de Ahorro Vivienda y Construcción.
- *2. La cotización de los trabajadores independientes contratistas de prestación de servicios, se debe efectuar sobre una base de cotización mínima de un 40 % del valor de los ingresos mensuales.
- *3. El aporte a la Seguridad Social correspondientes al mes o fracción de mes objeto de cobro presentada en estado pagada, se tendrá en cuenta para la depuración de la base para el cálculo de retención en la fuente a título de impuesto de renta y de ICA, de conformidad con lo establecido en el artículo 1.2.4.1.16 y 1.2.4.1.7 del Decreto 1625 de 2016, el Concepto 1195 de 2009 de la Dirección de Impuestos Distritales de la Secretaría Distrital de Hacienda en línea con lo dispuesto en el concepto No. 100208221 del 9 de enero de 2020 de la DIAN.
- *4. **Siempre debe** adjuntar la planilla de la seguridad social mes vencido en estado pagada. por no corresponder con el periodo de cobro no se tendrá en cuenta en la depuración de la retención en la fuente, pero es requisito exigible de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
- *5. **Para el primer pago** del contrato pueden adjuntar la certificación de afiliación al régimen contributivo en salud o entregar la planilla del mes objeto de cobro si la tienen.

IV. FACTURA Y DEDUCCIÓN SOLICITADA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA / ND / NC:

diligencie el campo de factura únicamente si es responsable de facturar



FORMATO UNICO PARA PAGO A CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES



V. APLICACIÓN RETENCION EN LA FUENTE- DECRETO 2231 DE 2023 (Únicamente puede marcar una de las dos opciones)

EN MI DECLARACIÓN DE RENTA MIS INGRESOS SERÁ DEPURADOS EN LA CEDULA DE RENTAS DE TRABAJO TOMANDO EL BENEFICIO DEL 25% DE RENTA EXENTA Y NO DESCONTARE COSTOS Y GASTOS - ARTÍCULO 103 ET (RETEFUENTE ART 383 ET)

 SI

EN MI DECLARACIÓN DE RENTA MIS INGRESOS SERÁN DEPURADOS EN LA CEDULA DE RENTAS DE TRABAJO Y NO TOMARE EL BENEFICIO DEL 25% DE RENTA EXENTA Y DESCONTARE COSTOS Y GASTOS- ARTÍCULO 103 ET (RETENCIÓN TARIFA GENERAL)

 NO

DEDUCCIÓN SOLICITADA

Valor que solicita como deducción AFC

Valor que solicita como deducción AVP

Nota: Si realizo el aporte directamente a la Entidad Financiera. Debe adjuntar comprobante del mes objeto de cobro

Entidad Financiera

Entidad Financiera

Número de Cuenta

Número de Cuenta

diligencie estos campos únicamente si hace aportes por estos conceptos

VI. VERIFICACIONES FINALES (Obligatorio diligenciamiento)

El contrato se encuentra en proceso para cesión	<input type="checkbox"/> NO	Certificamos contratista y supervisor que este trámite de pago no se encuentra afectado por terminación o cesión del contrato.
El contrato se encuentra en proceso de terminación anticipada	<input type="checkbox"/> NO	De haber marcado SI en alguna de las casillas adjuntamos el documento correspondiente que establece la fecha en la cual se dará el cambio contractual.
Nota: si no diligencia este campo será devuelto su tramite	<input type="checkbox"/> Colocar SI O NO	Si marco SI debe adjuntar documento que indique la fecha de terminación anticipada junto con paz y salvos correspondientes. En el caso de cesión adjuntar documento del mismo que indique fecha hasta la cual usted tuvo su contrato activo a su nombre



FORMATO UNICO PARA PAGO A CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES



VII. RESPONSABLES DE FIRMAR- PERIODO DE COBRO, CERTIFICACIONES Y VALOR AUTORIZADO

En mi calidad de Contratista declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada de la planilla de seguridad social es correcta y que los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales, **corresponden a los ingresos provenientes del contrato relacionado en la información contractual** del presente formato, y que los mismos deberán ser aplicados acorde con la normativa establecida para efectos de la depuración de la retención en la fuente, siempre y cuando correspondan al mismo mes objeto de cobro.

Firma del Contratista
(Se entiende firmado con la gestión de firmas a través de INTEGRATIC)

Zarate Perez Carlos German
C.C. 80744840

MES DE COBRO

ABRIL

El suscrito Supervisor certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, he recibido y aprobado los entregables en los términos y tiempo pactados, los cuales se verificaron y aprobaron para el período certificado, conforme a las condiciones de pago. Así mismo, se verifico el cumplimiento del pago de la planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y/o Fondo de Solidaridad y riesgos profesionales por parte del contratista. De igual manera certifico que he aprobado el informe de actividades mensual correspondiente al periodo de pago en formato (GCC-TIC-FM-055) y se enviaron a la carpeta del Contrato SECOP y lugar dispuesto por la entidad. Por lo tanto, autorizo el pago por de los honorarios a favor del contratista por el valor de:

\$ 5.517.750

CINCO MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL SETESCIENTOS CINCUENTA PESOS MONEDA CTE

VII. LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS QUE DEBERA ADJUNTAR AL TRAMITE

Factura electrónica de venta. (Para los obligados a facturar)
Planilla de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos
Formato informe mensual de Actividades del contratista (GCC-TIC-FM-055)
Si es terminación o ultimo pago por cesión debe adjuntar paz y salvo y obligatoriamente la seguridad social del último mes del contrato

Supervisor (1)
(Se entiende firmado con la gestión de firmas a través de INTEGRATIC)

Coordinador(A) Del Grupo Interno De Trabajo De Estadística Y Estudios Sectoriales
Néstor Alonso Jiménez Estrada
CARGO Y NOMBRES Y APELLIDOS:

Supervisor (2)
(Se entiende firmado con la gestión de firmas a través de INTEGRATIC)

Esta casilla únicamente en el evento de tener asignado un supervisor adicional

CARGO NOMBRES Y APELLIDOS:

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	80744840	CARLOS GERMAN ZARATE PEREZ	Cr. 88D N. 6D - 12	3107680025	antares2768@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76999006	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$650.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	275.900	0		0		0	22	4.200	0	280.100	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	
231001	Colfondos	800227940-6	353.200	0	0	0	0	22	5.400	0	358.500	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	22	200	11.800			116	11.800	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	22	0	0	0
ICBF				
0	22	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	275.900	280.100
Pensión	1	353.200	358.600
Riesgos Laborales	1	11.600	11.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	640.700	650.500

Información básica de la planilla

Empresa:	CARLOSGERMAN ZARATE PEREZ	NIT:	80744840
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	marzo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	marzo 2026
Número de Radicación:	76999006	Total a pagar:	\$650,500
Fecha de vencimiento:	14/04/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	05/05/2026	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	PagoElectronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Número Autorización:	10033316386
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$11,800
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$358,600
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		\$0	\$280,100
						\$650,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 76999006, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
05mayo 2026
8:24 am

DIRECCIÓN IP. 186.86.32.103

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII8088507430986278

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
1057832X4V

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSA
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$650.500,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	76999006
FECHA DE LA SOLICITUD	05mayo2026
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	80744840
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	10033316386
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.comPago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****6579

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	80744840	CARLOS GERMAN ZARATE PEREZ	Cr. 88D N. 6D - 12	3107680025	antares2768@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80286438	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$640.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	257.500	0		0		0	0	0	0	275.900	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	
231001	Colfondos	800227940-6	329.600	0	0	0	0	0	0	0	353.200	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				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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	275.900	275.900
PenSIón	1	353.200	353.200
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	640.700	640.700

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80744840	CARLOS GERMAN ZARATE PEREZ		Cr. 88D N. 6D - 12	3107680025	antares2768@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80286438	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$640.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Extranjero	Com. exterior	Exonerado	ING	RET	PRE	TPR	TPR	TPR	VSP	VST	SUN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Reg. Z	Aporte CCF	IBC otros parafiscale	Aporte SENA	Aporte CBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 80744840	ZARATE PEREZ CARLOS GERMAN	59	0			N	X	X															231001	2.207.100	30	353.200	0	0	0	0	EPS002	2.207.100	30	275.900	14-23	2.207.100	30	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	CARLOSGERMAN ZARATE PEREZ	NIT:	80744840
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	abril 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	abril 2026
Número de Radicación:	80286438	Total a pagar:	\$640,700
Fecha de vencimiento:	19/05/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	05/05/2026	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	PagoElectronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Número Autorización:	10255138108
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valordescontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$11,600
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$353,200
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		\$0	\$275,900
						\$640,700

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
05mayo 2026
10:06 am

DIRECCIÓN IP. 186.86.32.103

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII9260529632706350

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
1275034Z6Y

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAFOI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$640.700,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	80286438
FECHA DE LA SOLICITUD	05mayo2026
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	80744840
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	10255138108
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.comPago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****6579

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

CUENTA DE COBRO Abril 2026 Zarate Perez Carlos German
CTO 1164-2026 FONDO - GESTION GENERAL

Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones
gestionado por: azsign.com.co



Id Acuerdo: 20260505-150146-dee9e8-79082386

Creación: 2026-05-05 15:01:46

Estado: Finalizado

Finalización: 2026-05-05 15:04:30

Escanee el código
para verificación

Aprobación: Aprobador2

Néstor Alonso Jiménez Estrada
79305775

njimenez@mintic.gov.co

Coordinador GIT Estadísticas y Estudios Sectoriales
GIT de Estadísticas y Estudios Sectoriales

Elaboración: Contratista

Carlos German Zárate Pérez
80744840
czarate@mintic.gov.co

GITES

REPORTE DE TRAZABILIDAD

CUENTA DE COBRO Abril 2026 Zarate Perez Carlos German
CTO 1164-2026 FONDO - GESTION GENERAL

Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones
gestionado por: azsign.com.co



Escanee el código
para verificación

Id Acuerdo: 20260505-150146-dee9e8-79082386

Creación: 2026-05-05 15:01:46

Estado: Finalizado

Finalización: 2026-05-05 15:04:30

TRAMITE	PARTICIPANTE	ESTADO	ENVIO, LECTURA Y RESPUESTA
Elaboración	Carlos German Zárate Pérez czarate@mintic.gov.co GITES	Aprobado	Env.: 2026-05-05 15:01:48 Lec.: 2026-05-05 15:03:46 Res.: 2026-05-05 15:03:55 IP Res.: 181.53.96.14 Canal: Email
Aprobación	Néstor Alonso Jiménez Estrada njimenez@mintic.gov.co Coordinador GIT Estadísticas y Estudios Sectoriale GIT de Estadísticas y Estudios Sectoriales	Aprobado	Env.: 2026-05-05 15:03:56 Lec.: 2026-05-05 15:04:26 Res.: 2026-05-05 15:04:30 IP Res.: 190.145.189.98 Canal: Email