



FORMATO UNICO PARA PAGO A CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES



Contratante:

FONDO - GESTION GENERAL

35b987

RECURSO

Propios

Fecha de Diligenciamiento

AA

MM

DD

2026

7

6

Supervisor

Nombre:

Juliana Vargas Ramirez (E)

Subdirectora De Investigaciones Administrativas

Cargo:

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista

Torres Vivero David Alejandro

N° C.C. 1050964063

Cuenta Bancaria Registrada para pagos del contrato

91500002274

tipo cuenta

AHORROS

Entidad financiera

BANCOLOMBIA S.A.

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

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RUT

Número de Contrato	1110-2026	Ciudad de RetelCA	BOGOTÁ D.C. Y
Numero de Registro Presupuestal	128426		
Fecha del Registro Presupuestal	2026-02-02	¿Es Responsable de IVA?	NO
Fecha de Aprobación de la Póliza	2026-02-03		
afiliado ARL	2026-01-29	¿Es facturador Electrónico?	NO
Inicio de Ejecución Contractual	2026-02-03	Plazo de Ejecución Hasta	2026-12-31

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 <u>obligatorio</u> mes anterior Y MES FINAL*5.
	MAYO - JUNIO

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

\$0

Valor que solicita como deducción AVP

\$0

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	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	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	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)

Torres Vivero David Alejandro
C.C. 1050964063

MES DE COBRO

JUNIO

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:

\$ 9.931.950

NUEVE MILLONES NOVESENTOS TREINTA Y UN MIL NOVESENTOS 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)

Subdirectora De Investigaciones Administrativas

Juliana Vargas Ramirez (E)
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						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1050964063	DAVID ALEJANDRO TORRES VIVERO		CALLE 94A 21 41 APTO 204	5602700	davida.torres@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90159798	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.153.100	

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	496.600	0		0		0	0	0	0	496.600	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	635.700	0	0	0	0	0	0		635.700	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	20.800				20.800	0	0	20.800			208	20.800	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	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	496.600	496.600
Pensión	1	635.700	635.700
Riesgos Laborales	1	20.800	20.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.153.100	1.153.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1050964063	DAVID ALEJANDRO TORRES VIVERO		CALLE 94A 21 41 APTO 204	5602700	davida.torres@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90159798	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.153.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP		
1	CC 1050964063	TORRES VIVERO DAVID ALEJANDRO	59	0			N																														

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1050964063	DAVID ALEJANDRO TORRES VIVERO		CALLE 94A 21 41 APTO 204	5602700	davida.torres@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93283119	06/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$1.153.100	

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	496.600	0		0		0	0	0	0	496.600	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	635.700	0	0	0	0	0	0		635.700	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	20.800				20.800	0	0	20.800			208	20.800	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	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	496.600	496.600
Pensión	1	635.700	635.700
Riesgos Laborales	1	20.800	20.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.153.100	1.153.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1050964063	DAVID ALEJANDRO TORRES VIVERO		CALLE 94A 21 41 APTO 204	5602700	davida.torres@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93283119	06/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$1.153.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TUE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1050964063	TORRES VIVERO DAVID ALEJANDRO	59	0		N																230901	3.972.780	30	635.700	0	0	0	0	EPS002	3.972.780	30	496.600	14-23	3.972.780	30	1	20.800	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL CONTRATO									
No. Contrato-Año		Dependencia			No. Identificación del contratista		Nombre del Contratista		
1110-2026		Subdirección de Investigaciones Administrativas			1050964063		David Alejandro Torres Vivero		
Objeto contractual	2320037 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE EL PUNTO DE VISTA JURÍDICO EN LA PROYECCIÓN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE SE REQUIERAN DENTRO DE LAS FUNCIONES QUE EJERCE LA SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS EN LOS SECTORES DE TELECOMUNICACIONES (TELEVISIÓN, RADIODIFUSIÓN SONORA, SERVICIO MÓVIL, NO MÓVIL) Y SERVICIOS POSTALES, ASÍ COMO EN LAS ACTIVIDADES QUE SE REQUIERAN EN EL MARCO DE LAS INVESTIGACIONES QUE SE ADELANTRAN EN EL MARCO DEL PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO ADMINISTRATIVO:				Valor inicial del contrato/orden de compra	\$	109.251.450,00		
Fecha de suscripción		Plazo (días)	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Periodo de reporte	Nombre del supervisor		Cargo del supervisor	No. Identificación del supervisor
29/01/26		328	03/02/2026	31/12/2026	junio-2026	Juliana Vargas Ramirez		Subdirectora de Investigaciones Administrativas (E)	1.053.807.674

SEGUIMIENTO DE RECURSOS Y MODIFICACIONES AL CONTRATO						
Seguimiento de Recursos/Modificación Contractual	Registro Presupuestal No.	Fecha creación/operación del RP o Fecha de Modificación Contractual	Tiempo en días (en caso de suspensión, otrosí o prórroga)		Valor	Justificación de la operación de recursos o modificación contractual (para el registro presupuestal inicial no es necesario escribir la justificación)
RP inicial del contrato de prestación de servicio/orden de compra	128426	02/02/2026			\$ 109.251.450,00	
TOTAL OPERACIONES/MODIFICACIONES (no se tienen en cuenta los ítems relacionados con el valor inicial del contrato)					\$ -	
NOMBRE DEL CEDENTE					No. Identificación	Monto aún sin ejecutar, al momento de la cesión:
NOMBRE DEL CESIONARIO					No. Identificación	
Cuando se realice una cesión, se debe indicar en los espacios destinados a tal fin, la información relacionada con la póliza y el registro presupuestal, la información de este formato debe incluir la totalidad de la información del contrato.						
Terminación anticipada		Fecha terminación	Acta de terminación			Fecha del acta de terminación anticipada
			SI		NO	



Contrato	1110-2026					
INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE						
Valor Total de Contrato					\$	109.251.450,00
Pagos programados		Desembolsos realizados y ejecución financiera acumulada				
Fecha	Valor	Fecha Orden de Pago	No. Orden de Pago	%	Valor Orden de Pago (\$)	Observaciones aclaratorias
12/02/2026	\$ 1.655.325,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
12/03/2026	\$ 9.931.950,00	13/04/2026	116285326	8,48%	\$ 9.269.820,00	
10/04/2026	\$ 9.931.950,00	17/04/2026	124699426	9,09%	\$ 9.931.950,00	
13/05/2026	\$ 9.931.950,00	14/05/2026	166452826	9,09%	\$ 9.931.950,00	
12/06/2026	\$ 9.931.950,00	16/06/2026	220039426	9,09%	\$ 9.931.950,00	
10/07/2026	\$ 9.931.950,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
13/08/2026	\$ 9.931.950,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
10/09/2026	\$ 9.931.950,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
10/10/2026	\$ 9.931.950,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
13/11/2026	\$ 9.931.950,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
11/12/2026	\$ 9.931.950,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
29/12/2026	\$ 8.276.625,00	dd/mm/aaaa		0,00%		



		dd/mm/aaaa		0,00%		
TOTALES	\$ 109.251.450,00	Ejecución financiera acumulada:		35,76%	\$ 39.065.670,00	

SALDO POR GIRAR	64,2%	\$ 70.185.780
-----------------	-------	---------------

EJECUCIÓN CONTRACTUAL: INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES						
Obligaciones específicas del contrato		Ponderación en el contrato	Actividades realizadas	% avance del mes	% avance acumulado	(%) pendiente de ejecución
OBLIGACIÓN 1:	Elaborar y presentar un cronograma de actividades a la supervisión del contrato para dar cumplimiento a las asignaciones efectuadas por este en el mes o periodo respectivo. Dicho cronograma deberá ser aprobado por la supervisión del contrato.	10,00%	Se presentó el cronograma de entrega de los documentos relacionados con los informes	0,88%	4,48%	5,52%
OBLIGACIÓN 2:	Coadyuvar con el análisis y diagnóstico de los informes de verificación respecto del cumplimiento de las obligaciones legales, reglamentarias, contractuales y regulatorias a cargo de los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones y operadores postales, que le sean asignados en el mes o periodo, a través de la proyección de actos términos de calidad, oportunidad e imparcialidad.	40,00%	Se realizó el análisis y diagnóstico de los informes de verificación bajo radicados 242155538, 252101402, 252097103, 252101406, 252097116, 252141158, 252141144, 252141151, 252141096, 252106249, 252142891, 252121482, 252072517	3,54%	17,93%	22,07%
OBLIGACIÓN 3:	Coadyuvar con la sustanciación, proyección y revisión de los trámites de primera instancia, recursos, solicitudes de revocatoria directa que le sean asignados en el mes o periodo, en el marco de las actuaciones y/o investigaciones administrativas y sancionatorias que adelante la Dirección de Vigilancia, Inspección y Control, de conformidad con la normatividad vigente y el procedimiento administrativo aplicable, en términos de calidad, oportunidad e imparcialidad.	30,00%	Se realizaron las siguientes decisiones con los siguientes BDI: 9851 y 8979	2,65%	13,45%	16,55%
OBLIGACIÓN 4:	Coadyuvar con la asistencia y acompañamiento en de las audiencias y diligencias relacionadas con las actuaciones administrativas sancionatorias que les sean asignadas en el mes o periodo, así como realizar las gestiones que se requieran tendientes para su desarrollo cuando sea requerido por el supervisor.	0,00%	Este mes no se requirieron actividades para el cumplimiento de la obligación	0,00%	0,00%	0,00%
OBLIGACIÓN 5:	Advertir oportunamente al supervisor sobre las dificultades que presente una actuación y/o investigación administrativa que le sea asignada, en especial respecto al estricto cumplimiento de los términos legales, caducidad o prescripción y buscar alternativas de solución a los mismos.	0,00%	Este mes no se requirieron actividades para el cumplimiento de la obligación	0,00%	0,00%	0,00%
OBLIGACIÓN 6:	Coadyuvar con la proyección, revisión, diagnóstico de las comunicaciones, peticiones y solicitudes de información generales o específicas que le sean asignados por parte del supervisor y que deban ser atendidas por la Dirección de Vigilancia, Inspección y Control.	0,00%	Este mes no se requirieron actividades para el cumplimiento de la obligación	0,00%	0,00%	0,00%
OBLIGACIÓN 7:	Contribuir con la creación, conformación y actualización, a más tardar en el mes inmediatamente siguiente a su gestión, el 100% de los documentos que se generen de la gestión de los informes y de las actuaciones administrativas asignadas.	0,00%	Este mes no se requirieron actividades para el cumplimiento de la obligación	0,00%	0,00%	0,00%
OBLIGACIÓN 8:	Asistir a los comités y/o reuniones que se convoquen por parte de Dirección de Vigilancia, Inspección y Control y/o sus subdirecciones, y suministrar la información y/o documentos y/o informes que se soliciten para el efecto.	10,00%	Reunión comité primario el 04-06-2026	0,88%	4,48%	5,52%
OBLIGACIÓN 9:	Cumplir con todas las disposiciones señaladas por el Ministerio TIC en relación con el Modelo Integrado de Gestión – MIG y demás procesos y procedimientos establecidos por la entidad.	10,00%	Se atendieron las indicaciones solicitadas en el mes respecto a los procesos del Modelo Integral de Gestión	0,88%	4,48%	5,52%
OBLIGACIÓN 10:	Las demás solicitadas por el supervisor y que guarden relación con el objeto a contratar.	0,00%	Este mes no se requirieron actividades para el cumplimiento de la obligación	0,00%	0,00%	0,00%
Ponderación de servicios		100%	% de avance general del contrato	8,84%	44,82%	55,18%



ENTREGABLES DEL CONTRATO (ACUMULADOS)			
Productos o servicios a entregar	Fecha de entrega programada	Anexo al informe del mes de	Observaciones

DIFICULTADES TÉCNICAS, ADMINISTRATIVAS, FINANCIERAS, CONTABLES Y JURÍDICAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL							
Causas	Tipo de dificultad	Alternativa de Solución			Fecha solución	Gestión	Resultados
¿Se materializó alguno de los riesgos previsible contractuales?	SI		NO				

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DEL SUPERVISOR			

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES			
Contratista:		Supervisor: Certifico la recepción a satisfacción de los bienes y/o servicios; así mismo, el cumplimiento de los criterios de calidad, oportunidad y cantidad (en los casos que aplique). Además, certifico que las actividades relacionadas corresponden a las pactadas en el contrato/orden de compra y que el contratista/proveedor dio cumplimiento durante el período ejecutado al pago de la totalidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con las normas legales vigentes, según aplique. Me comprometo a incorporar este informe al Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOPI) y a reportar el avance a Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	
FIRMA O NÚMERO DE FACTURA	DAVID TORRES	FIRMA	Juliana Vargas Ramirez
fecha	6/07/26	fecha	6/07/26
"Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del MinTIC (www.mintic.gov.co), la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios".			

Original: Expediente del Contrato

Copia: Oficina para la Gestión de Ingresos del Fondo (Cargue en herramienta establecida por la Oficina para este fin)

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

CUENTA DE COBRO Junio 2026 Torres Vivero David Alejandro
CTO 1110-2026 FONDO - GESTION GENERAL

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



Escanee el código
para verificación

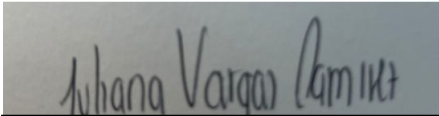
Id Acuerdo: 20260706-205649-bbf7c1-08070759

Creación: 2026-07-06 20:56:49

Estado: Finalizado

Finalización: 2026-07-08 10:52:33

Aprobación: Aprobador2


juliana vargas ramirez

1053807674

jvargasr@mintic.gov.co

Coordinadora GIT OH

GIT OH

Elaboración: Contratista



David Alejandro Torres Vivero

1050964063

dtorresv@mintic.gov.co

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS			 Escanee el código para verificación
CUENTA DE COBRO Junio 2026 Torres Vivero David Alejandro CTO 1110-2026 FONDO - GESTION GENERAL Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones gestionado por: azsign.com.co			
Id Acuerdo: 20260706-205649-bbf7c1-08070759 Estado: Finalizado		Creación: 2026-07-06 20:56:49 Finalización: 2026-07-08 10:52:33	
TRAMITE	PARTICIPANTE	ESTADO	ENVIO, LECTURA Y RESPUESTA
Elaboración	David Alejandro Torres Vivero dtorresv@mintic.gov.co	Aprobado	Env.: 2026-07-06 20:56:51 Lec.: 2026-07-06 21:01:42 Res.: 2026-07-06 21:01:53 IP Res.: 186.31.8.139 Canal: Email
Aprobación	juliana vargas ramirez jvargasr@mintic.gov.co Coordinadora GIT OH GIT OH	Aprobado	Env.: 2026-07-06 21:01:54 Lec.: 2026-07-08 10:52:12 Res.: 2026-07-08 10:52:33 IP Res.: 190.145.189.98 Canal: Email