Bogotá D.C. 1 de junio del 2023

CUENTA DE COBRO No. 004-2023

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS –INCI
NIT: 860.015.971-2

DEBE A:

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948

LA SUMA DE UN MILLON NOVECIENTOS TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M.CTE. ($1.903.793)

POR CONCEPTO DE:

Pago del contrato de Prestación de Servicios No. 023-2023, cuyo objeto es: "Prestar servicio de apoyo para realizar labores operativas y de impresión en la maquina impresora pinza Heildelberg y corte en la Guillotina Grufcut de la Imprenta Nacional para Ciegos. Por el periodo comprendido entre el 1 al 30 de mayo de 2023.

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado (Si)
2. Soy responsable del Impuesto a las ventas (No)
3. Estoy obligado a expedir factura de venta según artículo 616-2 del Estatuto Tributario (No)
4. He subcontratado para la ejecución del presente contrato a 2 o más personas (No)
5. Soy declarante de renta para el año anterior (No)

ANEXO. Planilla de pagos de seguridad social e informe de actividades.

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES - CONTRATISTA

1. DATOS BÁSICOS DEL FORMATO

Nombre del proceso	Código	Versión	Vigencia
Gestión Contractual	OAJ-102-FM-GC-0043	0001	12/12/2022

2. INFORMACIÓN CONTRATO

NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO: ***023 del 7 de Febrero de 2023***

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas y de impresión en la máquina impresora Pinza Heildelberg, y corte en la guillotina grufcut de la imprenta Nacional para Ciegos.

FECHA DE INICIO: ***08/02/2023***
FECHA DE FINALIZACIÓN: ***30/05/2023***

PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de (3) meses y (23) días previa expedicion del registro presupuestal y afiliación y registro de la ARL.
FORMA DE PAGO: EL VALOR DEL CONTRATO SERÁ POR LA SUMA DE SIETE MILLONES CIENTO SETENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($7.170.954), LA CUAL EL INCI PAGARA ASI:

1. Un primer pago por un valor de UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVEMIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE (1.459..575); por los días ejecutados desde la legalización y cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato, esto es desde el 8 de febrero del 2023hasta el ultimo dia del primer mes de ejecución.

2. Tres (3) mensualidades vencidas e iguales, cada una por la suma de UN MILLON NOVECIENTOS TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M.CTE.(1.903.793) POR LOS DIAS CORRESPONDIENTES HASTA EL DIA 30 DE MAYO DE 2023.

3. *INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA*

NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY
DOCUMENTO: C.C 19.428.948
CORREO ELECTRÓNICO: jorel.achardy@gmail.com.co
CELULAR: 3223364660

4. INFORMACIÓN DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

De conformidad con las obligaciones específicas pactadas en el contrato, me permito presentar informe de actividades:

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

INFORME No. 4 DE 4:
PERIODO: mayo
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **100%**

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
1	Realizar la impresión en braille en la pinza Heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las ordenes de producción	*Impresión de: - Módulo de física OP 432 - La célula OP 433 - Módulo de física OP 435 - Aprender a contar tomo 1 OP 458	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. Ubicación: Area de producción
2	Realizar el corte de papel en la guillotina Grafcut de acuerdo con el trabajo asignado en las ordenes de producción, para la elaboración de materiales especializados en la imprenta	-Corte y refile de material: OP 432, OP 407, OP 433, OP 434, OP 441, OP 435, OP 443, OP 446, OP 447, OP 452, OP 458.	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. Ubicación: Area de producción
3	Realizar las labores operativas manuales del proceso productivo, que se asignen en la orden de producción, para la elaboración de materiales especializados de la imprenta.	OP 441, OP 435, OP 443, OP 407, OP 446, OP 452. Perforado, anillado y empaque.	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. Ubicación: Area de producción
4	Verificar la calidad de impresión de documentos en Braille en las maquinas braille deacuerdo con las ordenes de producción asignada y reportar de acuerdo con el procedimiento los hallazgos de baja calidad	Revisión Braille-OP 458 Aprender a contar tomo 1.	Ubicación: Area de producción

	o imperfectos que se presenten.		
5	Conocer reportar y hacer los registros de producción en el software asignado.	Registro de tiempos de las OP 422, OP 428, OP 430, OP 429, OP 431, OP 432, OP 407, OP 433, OP 434, OP 441, OP 435, OP 443, OP 446, OP 447, OP 452, OP 458.	Evidencia: OP Registrada Ubicación: INNEDITO
6	Recepcionar y realizar la revisión de calidad de los productos terminados de acuerdo con las órdenes de producción asignadas.	- Recepción de Módulo de física. OP 435. - Recepción de La célula. OP 433. - Recepción del trabajo OP 432.	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO.
7	Conocer, para hacer correcto uso de los insumos y materias primas, evitando la mala utilización y disposición de estas.	Verificar las OP y validar el tipo de trabajo y solicitud requereida para realizar el trabajo validando tamaños y corte para aprovechar al máximo la materia prioma evitando desperdicios.	Evidencia: Área de producción.
8	Organizar el puesto de trabajo y los insumos requeridos con respecto a la orden de producción asignada.	Antes de iniciar mis actividades diarias realizo una inspección previa de mi espacio de trabajo.	Evidencia: Área de producción.
9	Hacer uso de los elementos de protección personal requeridos durante la ejecución del objeto contractual.	Durante la ejecución de mi trabajo utilizo tapabocas, tapa oídos, Gafas protectoras, guantes , Botas y overol.	En cada proceso desarrollado
10	Mantener el puesto de trabajo en perfecto orden y aseo	Antes de retirarme de mi puesto de trabajo valido el estado de cada máquina y la limpieza y el orden, salvaguardano la seguridad y la limpieza de los mismos.	Diariamente en el área de trabajo

11	Las demás que deriven de la naturaleza del contrato	Entrega de materia prima bodega.	Según instrucciones del supervisor

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
	N/A
OP 422 Corte y refile de material	100%
OP 428 Corte y refile de material	100%
OP 430 Corte y refile de material	100%
OP 429 Corte y dobles de lámina	100%
OP 431 Corte y dobles de lámina	100%
OP 432 Corte y dobles de lámina	100%
OP 407 Corte y refile de material	100%
OP 433 Corte y refile de material	100%
OP 434 Corte y refile de material	100%
OP 441 Corte y refile de material	100%
OP 435 Corte y refile de material	100%
OP 443 Corte y refile de material	100%
OP 446 Corte y refile de material	100%
OP 447 Corte y refile de material	100%
OP 452 Corte y refile de material	100%
OP 458 Corte y refile de material	100%

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	CUMPLE/NO CUMPLE
Atendidas oportunamente	N/A	N/A
Atendidas vencidas	N/A	N/A
Pendientes por responder	N/A	N/A

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY declara bajo la gravedad del juramento que toda la información relacionada en el presente informe corresponde a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo y los documentos anexos que soportan el pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, corresponden a los que legamente debe efectuar con base en los ingresos provenientes del Contrato y que la planilla aportada está efectivamente pagada y recibida a satisfacción por la entidad encargada de recaudar el pago, de conformidad con lo señalado en el artículo 1 del Decreto 1273 de 2018.

JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY
19428948

Aprobación supervisor

DANIEL HERRERA TORRES – 1020786017 – *Coordinador Unidades Productivas*; en calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista, cumplió a satisfacción y a cabalidad las actividades relacionadas en el presente informe, y que las evidencias y sus respectivas ubicaciones finales son claras y de óptima calidad.

Autorizo el presente informe sea cargado a través de la plataforma SECOP II junto con los requisitos legales necesarios, y autorizo al Instituto Nacional para Ciegos INCI realizar el pago del periodo correspondiente

DANIEL HERRERA TORRES
No. de cédula 1020786017

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

FORMATO INFORME DE RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO - SUPERVISOR

1. DATOS BÁSICOS DEL FORMATO

Nombre del proceso	Código	Versión	Vigencia
Gestión Contractual	OAJ-102-FM-GC-0042	0001	12/12/2022

2. INFORMACIÓN CONTRATO

NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO: ***023 del 7 de Febrero de 2023***

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas y de impresión en la máquina impresora Pinza Heildelberg, y corte en la guillotina grufcut de la imprenta Nacional para Ciegos.

FECHA DE INICIO: ***08/02/2023***
FECHA DE FINALIZACIÓN: ***30/05/2023***

PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de (3) meses y (23) días previa expedicion del registro presupuestal y afiliación y registro de la ARL.
FORMA DE PAGO: EL VALOR DEL CONTRATO SERÁ POR LA SUMA DE SIETE MILLONES CIENTO SETENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($7.170.954), LA CUAL EL INCI PAGARA ASI:

1. Un primer pago por un valor de UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVEMIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE (1.459..575); por los días ejecutados desde la legalización y cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato, esto es desde el 8 de febrero del 2023hasta el ultimo dia del primer mes de ejecución.

2. Tres (3) mensualidades vencidas e iguales, cada una por la suma de UN MILLON NOVECIENTOS TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M.CTE.(1.903.793) POR LOS DIAS CORRESPONDIENTES HASTA EL DIA 30 DE MAYO DE 2023.

3. *INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA*

NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY
DOCUMENTO: C.C 19.428.948
CORREO ELECTRÓNICO: jorel.achardy@gmail.com.co
CELULAR: 3223364660

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

4. INFORMACIÓN DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

De conformidad con las obligaciones específicas pactadas en el contrato, me permito presentar informe de actividades:
INFORME No. 4 DE 4:
PERIODO: mayo
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **100%**

No.	**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA**	CUMPLE/ NO CUMPLE
1	Realizar la impresión en braille en la pinza Heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las ordenes de producción	CUMPLE
2	Realizar el corte de papel en la guillotina Grafcut deacuerdo con el trabajo asignado en las ordenes de producción, para la elaboración de materiales especializados en la imprenta	CUMPLE
3	Realizar las labores operativas manuales del proceso productivo, que se asignen en la orden de producción, para la elaboración de materiales especializados de la imprenta.	CUMPLE
4	Verificar la calidad de impresión de documentos en Braille en las maquinas braille deacuerdo con las ordenes de producción asignada y reportar de acuerdo con el procedimiento los hallazgos de baja calidad o imperfectos que se presenten.	CUMPLE
5	Conocer reportar y hacer los registros de producción en el software asignado.	CUMPLE
6	Recepcionar y realizar la revisión de calidad de los productos terminados deacuerdo con las ordenes de producción asignadas.	CUMPLE
7	Conocer, para hacer correcto uso de los insumos y materias primas, evitando la mala utilización y disposición de estas.	CUMPLE
8	Organizar el puesto de trabajo y los insumos requeridos con respecto a la orden de producción asignada.	CUMPLE
9	Hacer uso de los elementos de protección personal requeridos durante la ejecución del objeto contractual.	CUMPLE
10	Mantener el puesto de trabajo en perfecto orden y aseo	CUMPLE
11	Las demás que deriven de la naturaleza del contrato	CUMPLE

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
	N/A
OP 422 Corte y refile de material	100%
OP 428 Corte y refile de material	100%
OP 430 Corte y refile de material	100%
OP 429 Corte y dobles de lámina	100%
OP 431 Corte y dobles de lámina	100%
OP 432 Corte y dobles de lámina	100%
OP 407 Corte y refile de material	100%
OP 433 Corte y refile de material	100%
OP 434 Corte y refile de material	100%
OP 441 Corte y refile de material	100%
OP 435 Corte y refile de material	100%
OP 443 Corte y refile de material	100%
OP 446 Corte y refile de material	100%
OP 447 Corte y refile de material	100%
OP 452 Corte y refile de material	100%
OP 458 Corte y refile de material	100%

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	CUMPLE/NO CUMPLE
Atendidas oportunamente	N/A	N/A
Atendidas vencidas	N/A	N/A
Pendientes por responder	N/A	N/A

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

APROBACIÓN SUPERVISOR.

NOMBRE: *DANIEL HERRERA TORRES*
CEDULA: *1020786217*
CARGO: *Coord. Grupo Unidades Productivas*
DEPENDENCIA: *Unidades Productivas*

En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista, cumplió a satisfacción y a cabalidad las actividades relacionadas en el presente informe, y que las evidencias y sus respectivas ubicaciones finales son claras y de óptima calidad.

Así mismo certifico que he verificado los documentos anexos que soportan el pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, corresponden a los que legalmente debe efectuar el contratista, con base en los ingresos provenientes del contrato y que la planilla aportada está efectivamente pagada y recibida a satisfacción por la entidad encargada de recaudar el pago, de conformidad con lo señalado en el artículo 1 del Decreto 1273 de 2018.

Por lo expuesto, autorizo que el presente informe sea cargado a través de la plataforma SECOP II junto con los requisitos legales necesarios, y autorizo al Instituto Nacional para Ciegos INCI realizar el pago del periodo correspondiente.

Se Autoriza desde el día 01 al 30 de mayo de 2023.

Daniel Herrera Torres
C.C. 1020786217
Coord. Grupo Unidades Productivas

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19426948	JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY		Carrera 90C No 6A-67	3223364660	jorel.achardy@gmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	11/05/2023	67773201	$180.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	19426948	RUIZ ACHARDY JORGE ELIECER	59	4			N																	0	0	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	3	26.300	CCF21	1.160.000	7.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19428948	JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY		Carrera 90C No 6A-67	3223364660	jorel.achardy@gmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-05	2023-05	I	11/05/2023	67773201	TOTAL A PAGAR	
					$180.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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

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	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	7.000	0	0	7.000	1

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				

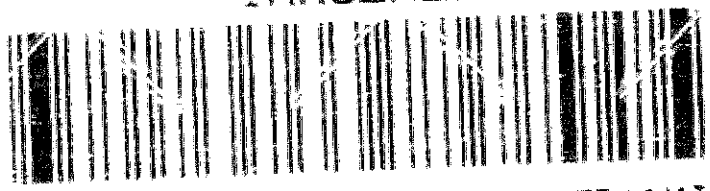
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	7.000	7.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	180.300	180.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Colpensiones

Trámites Rápidos

COLPENSIONES - 2023_2392822
14/02/2023 03:43:29 PM
TEUSAQUILLO
BOGOTA D.C - BOGOTA. D.C
PQRS
IMAGENES:4



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

INCI INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS	Formato: Acta Única de Pago - Personas Naturales	Código: SG-111-FN-FM-0104
		Versión: 0001
	Proceso: Financiero	Vigencia: 14/02/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CONTRATO	023	FECHA DEL CONTRATO	7/02/2023
FECHA DE INICIO	8/02/2023	FECHA DE FINALIZACIÓN	30/05/2023
PLAZO	3 meses 23 dias	TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
PÓLIZA	N/A	FECHA APROBACIÓN PÓLIZA	N/A
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicio de apoyo para realizar labores operativas y de impresión en la maquina impresora pinza Heildelberg y corte en la Guillotina Grufcut de la Imprenta Nacional para Ciegos		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	19.428.948
TELÉFONO	3223364660	CELULAR	3223364660
CORREO ELECTRÓNICO	jorel.achardy@gmail.com		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CRA 90C N. 6A 67		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	BANCO	DAVIVIENDA
NÚMERO DE CUENTA	8090230031		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	3923	FECHA CDP 1	6/02/2023
NÚMERO CDP 2		FECHA CDP 2	
NÚMERO RP 1	3523	FECHA RP 1	7/02/2023
NÚMERO RP 2		FECHA RP 2	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	7.170.954
ADICIÓN		
VALOR TOTAL CONTRATO	$	7.170.954

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES				
NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO	
1	001	10 DE MARZO	$	1.459.576
2	002	14 DE ABRIL	$	1.903.793
3	003	08 de mayo	$	1.903.793
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$	5.267.162

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	4	DE	4
PERIODO A PAGAR	1-30 mayo 2023	VALOR A PAGAR	$ 1.903.793,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			100,00%
SALDO DEL CONTRATO			

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	004	FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	1/06/2023
RESPONSABLE DE IVA	No	PORCENTAJE IVA	
VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA	$1.903.793,00	VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA	$1.903.793,00

INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	67773201	PERIODO DE APORTE	Mayo
FECHA DE PAGO	11/05/2023	OPERADOR DE PAGO	MIPLANILLA
NIVEL DE RIESGO - ARL	3	IBC	$ 1.160.000
VALOR APORTE SALUD		$	145.000
VALOR APORTE PENSIÓN		$	-
VALOR APORTE ARL		$	28.300
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$	7.000
VALOR TOTAL PLANILLA		$	**180.300**
REALIZA APORTE VOLUNTARIO A PENSIÓN	No	REALIZA APORTES A CUENTAS AFC O AVC	No
ENTIDAD FINANCIERA	N.A.	ENTIDAD FINANCIERA	N.A.
NÚMERO CONSIGNACIÓN	N.A.	NÚMERO CONSIGNACIÓN	N.A.
VALOR APORTE	N.A.	VALOR APORTE	N.A.

INFORMACIÓN SUPERVISOR			
NOMBRE	DANIEL HERRERA TORRES		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	1020786217
TELÉFONO		CELULAR	3052590659
CARGO	Coordinador Unidades Productivas	ÁREA	Unidades Productivas
CORREO ELECTRÓNICO	dherrera@inci.gov.co		
OBSERVACIÓN DEL PAGO	En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que la contratista cumplio a cabalidad con las funciones del contrato pactadas		
FIRMA			
FECHA DE APROBACIÓN	jueves, 1 de junio de 2023		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Johana Anaya	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	Paula Mahecha
Firma		Firma	
Fecha y hora	01-06-23 11:59	Fecha y hora	1-jun-23 11:46