INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS	Formato: Acta Única de Pago - Personas Jurídicas	Código: SG-110-FM-450
		Versión: 1
	Proceso: Financiero	Vigencia: 12/04/2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CONTRATO	142-2023	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN**	26/10/2023
FECHA DE INICIO	2/11/2023	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	30/11/2023
PLAZO	15 días hábiles	**TIPO DE CONTRATO**	Prestación de servicios
PÓLIZA	37-44-101041840	**FECHA APROBACIÓN PÓLIZA**	2/11/2023
OBJETO DEL CONTRATO	Adquisición de láminas de acrílico para la producción de material accesible en la imprenta Nacional para Ciegos.		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	MULTISUMINISTROS S.A.S.		
TIPO DE DOCUMENTO	NIT	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	830.067.042-9
DIRECCIÓN	KR 72 NRO. 57 B - 50 SUR INT 7 OF 502		
CONTACTO	ISAÍAS GUAVITA MORENO		
CARGO	REPRESENTANTE LEGAL	**DEPENDENCIA**	
TELÉFONO	7809312	**CELULAR**	320 3420652
CORREO ELECTRÓNICO	multisuministros-sas@hotmail.com		
TIPO DE CUENTA	Corriente	**BANCO**	DAVIVIENDA
NÚMERO DE CUENTA	000018191601		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	24723	**FECHA CDP 1**	18/08/2023
NÚMERO CDP 2		**FECHA CDP 2**	
NÚMERO CDP 3		**FECHA CDP 3**	
NÚMERO RP 1	35823	**FECHA RP 1**	30/10/2023
NÚMERO RP 2		**FECHA RP 2**	
NÚMERO RP 3		**FECHA RP 3**	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	9.996.000
ADICIÓN	$	-
VALOR TOTAL CONTRATO	$	9.996.000

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES			
NÚMERO DEL PAGO	**FACTURA**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR DE PAGO**
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ -

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	1	**DE**	1
PERIODO A PAGAR	ÚNICO	**VALOR A PAGAR**	$ 9.996.000,00
VALOR EN LETRAS	NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**100,00%**
SALDO DEL CONTRATO			$ -
INFORMACIÓN FACTURA			
NÚMERO DE FACTURA	FE-2071	**FECHA DE FACTURA**	20/11/2023
NÚMERO CUFE	16517716bb76ec0eb568f661e94885e62dd345fc1071eb04e388050a77030 741fd724baf8ab4f8c01ca32486509ae45b		
RESPONSABLE DE IVA	Si	**PORCENTAJE IVA**	19%
VALOR TOTAL FACTURA ANTES DE IVA	$8.400.000,00	**VALOR TOTAL FACTURA DESPUÉS DE IVA**	$9.996.000,00
INFORMACIÓN ENTRADA ALMACÉN			
FECHA ENTREGA FÍSICA	28/11/2023	**RESPONSABLE ACOMPAÑAMIENTO Y SUPERVISIÓN ENTREGA**	Cristian Ospina
NÚMERO INGRESO ALMACÉN	482	**FECHA INGRESO ALMACÉN**	11/12/2023
INFORMACIÓN CERTIFICADO PAGO PARAFISCALES			
FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO (No mayor a 30 días)	4 de diciembre de 2023	**NOMBRE DE QUIEN LO FIRMA**	ISAÍAS GUAVITA MORENO
INFORMACIÓN SUPERVISOR			
NOMBRE	LUZ ANDREA PAMPLONA TUTA		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	1016053365
TELÉFONO	3228404041	**CELULAR**	3228404041
CARGO	Operario calificado	**ÁREA**	Unidades productivas - Imprenta
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL	lpamplona@inci.gov.co		
AUTORIZACIÓN DE PAGO	En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista / proveedor del servicio, cumplió a satisfacción las obligaciones del contrato y los informes mensuales aprobados a través de la plataforma SECOP II junto con los requisitos legales necesarios, y apruebo realizar el correspondiente pago.		
FIRMA			
FECHA DE APROBACIÓN	13-12-2023		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Carolina Acero	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	Diana Salas
Firma		Firma	
Fecha y hora	13-12-2023 11:06AM	Fecha y hora	13-12-2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Multi Suministros SAS
NIT: 830.067.042-9

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 16517716bb76ec0eb568f661e94885e62dd345fc1071eb04e388050a77030741fd724baf8ab4f8c01ca32486509ae45b

Número de Factura: FE-2071
Fecha de Emisión: 20/11/2023
Fecha de Vencimiento: 20/11/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido: CONTRATO 142-2023
Fecha de orden de pedido: 26/10/2023

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MULTISUMINISTROS S.A.S.
Nombre Comercial: MULTISUMINISTROS S.A.S.
Nit del Emisor: 830067042
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4690

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 72 57 B 50 SUR BL 7 OF 502
Teléfono / Móvil: 3203420652
Correo: multisuministros-sas@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: INCI - INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS / INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 860015971
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CRA 13 34 94
Teléfono / Móvil: 3846666
Correo: financiera@inci.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	21000151	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR AZUL MATE	NIU	60,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 421.800,00	19.00			$ 2.220.000,00
2	21000152	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR VERDE MATE	NIU	60,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 421.800,00	19.00			$ 2.220.000,00
3	21000153	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR ROJO MATE	NIU	36,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 253.080,00	19.00			$ 1.332.000,00
4	21000154	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR AMARILLO MATE	NIU	36,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 253.080,00	19.00			$ 1.332.000,00
5	21000171	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR TRANSPARENTE MATE	NIU	36,00	$ 36.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 246.240,00	19.00			$ 1.296.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

No. 2023-113-003344-2
Asunto: INFORME DE SUPERVISIÓN
Usu Radicador: MROMERO - Fecha Rad 2023-12-13 11:23
Destino: OFICINA ASESORA JURIDIC - - Rem/Des : MULTISUMINISTROS E
Visite nuestra Página - http://www.inci.gov.co
Bogotá D.C. Cra 13 No. 34-91, Tel. 5101868

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

#$22-10-00;142-2023;imprentaciegos@inci.gov.co#$
Linea de negocio: #$22-10-00;142-2023;imprentaciegos@inci.gov.co#$

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-11-20 15:07:58
Documento generado el: 2023-11-20 15:07:56
Generado por:Solución Gratuita DIAN Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	8.400.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	8.400.000,00
IVA	1.596.000,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	1.596.000,00
Total neto factura (=)	9.996.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 9.996.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764041187009 Rango desde: 2051 Rango hasta: 2080 Vigencia: 2023-12-13

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-485	1	28/03/2022

2. INFORMACIÓN CONTRATO

NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO: ***142 – 2023 del 2-11-2023***
OBJETO: Adquisición de láminas de acrílico para la producción de material accesible en la imprenta Nacional para Ciegos.
FECHA DE INICIO: 2/11/2023
FECHA DE FINALIZACIÓN: 30/11/2023

PLAZO DE EJECUCIÓN: El contrato tendrá un plazo de ejecución de cinco (15) días hábiles, contado a partir del perfeccionamiento del contrato.

FORMA DE PAGO: El Instituto Nacional para Ciegos - INCI pagará el 100% de valor del contrato, dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo a satisfacción; y de acuerdo a la disponibilidad del PAC, recursos del Presupuesto de Inversión, siempre y cuando se entreguen los soportes respectivos para el pago, esto es, Por parte del Contratista: Persona Jurídica presentación de factura, o cuenta de cobro según corresponda; certificación suscrita por el Revisor Fiscal o por el Representante Legal, en caso de que no haya Revisor Fiscal, que acredite el cumplimiento del pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral -SGSSI-, en salud, pensión, riesgos laborales y parafiscales, si a ello hay lugar, de los últimos seis (6) meses, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que lo modifique, adicione o complete, Contratista persona natural; copia de la planilla de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral -SGSSI-, para el periodo cobrado, en proporción al valor mensual del contrato, en caso de personas naturales; Por parte del Supervisor: Informe de supervisión y acta única de pago. (Ajustar de acuerdo al objeto y entregables o actividades por realizar).

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: MULTISUMINISTROS S.A.S.
DOCUMENTO: NIT 830.067.042-9
CORREO ELECTRÓNICO: multisuministros-sas@hotmail.com
CELULAR: 320 3420652

4. INFORMACIÓN DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

De conformidad con las obligaciones específicas pactadas, me permito, en calidad de supervisor del contrato antes referido y teniendo como base la información y soportes contenidos o relacionados en el formato OAJ-102-FM-367 (Informe de actividades), presentado previamente por el contratista, certificar el cumplimiento de las obligaciones, así:

INFORME No. *1 de 1*
PERIODO: *Noviembre*

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: *100%*

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	CUMPLE/NO CUMPLE
1	Entregar los acrílicos de acuerdo con las especificaciones técnicas y cantidades estipuladas en el anexo técnico y/o fecha técnica en las instalaciones del Instituto Nacional para Ciegos, ubicado en la Carrera 13 No. 34 – 91. Para llevar a cabo la entrega es necesario: a. Coordinar fecha y hora con el supervisor del contrato. b. Contar con personal idóneo para el traslado de mercancía hasta la bodega de almace-namiento del INCI. c. Realizar el conteo, revisión y aceptación de los materiales entregados. d. Entregar la totalidad de los materiales claramente referenciadas según medidas y color.	CUMPLE
2	Cambiar inmediatamente los acrílicos que resulten defectuosos o de mala calidad por otros que sean nuevos en perfectas condiciones de igual o mejores características, dentro de los dos (2) días hábi-les siguientes a la solicitud de cambio realizada por el supervisor del contrato, bajo su propio costo.	CUMPLE
3	Asumir en su totalidad los costos de transporte y demás gastos que se originen en relación con el objeto del contrato.	CUMPLE

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Entrega de acrílicos y cambio de las láminas que no se encontraban óptimas.	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

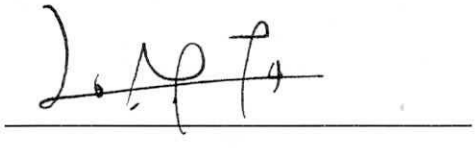
APROBACIÓN SUPERVISOR

NOMBRE:	LUZ ANDREA PAMPLONA TUTA
CEDULA:	1.016.053.365
CARGO:	Operario calificado – Asistente administrativa
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.



Luz Andrea Pamplona Tuta
Operario calificado – Asitente administrativa
CC. 1.016.053.365

INCI
Trabajamos por una forma diferente de ver el mundo

COMPROBANTE DE ENTRADA INVENTARIO No.482

CONCEPTO :	INGRESO POR COMPRA MATERIAS PRIMAS	**No.**	482
CENTRO OPERACION:	SEDE CENTRAL	**VIGENCIA:**	2023
OBSERVACIONES:	COMPRA LAMINAS DE ACRILICO PARA LA PRODUCCION DE MATERIAL ACCESIBLE EN LA IMPRENTA NACIONAL PARA CIEGOS SEGUN CONTRATO 142-2023 Y FACTURA 2071 ADJUNTA	**FECHA:**	11-12-2023
ANTECEDENTE :	FACTURA O CUENTA COBRO No. 2071 del 20-11-2023	**CIUDAD:**	SED CEN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
03AA00075	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR - AZUL MATE	UNIDAD	60	44.030,00	2.641.800,00
03AA00076	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR - VERDE MATE	UNIDAD	60	44.030,00	2.641.800,00
03AA00078	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR - AMARILLO MATE	UNIDAD	36	44.030,00	1.585.080,00
03AA00077	LAMINA DE ACRILICO ESPESOR 3MM TAMAÑO 60X30 COLOR - ROJO MATE	UNIDAD	36	44.030,00	1.585.080,00
03AA00067	LAMINA DE ACRILICO, ESPESOR 3 MM TAMAÑO 60 X 60 COLOR TRANSPARENTE	ACRILICO	36	42.840,00	1.542.240,00

Valor Total Elementos:	9.996.000,00
Valor IVA descontable:	0,00
Valor de Ajuste al Peso:	0,00
VALOR EN LETRAS: NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL — TOTAL:	9.996.000,00

INGRESO

ELEMENTOS DE CONSUMO

Ubicación : ALMACEN MATERIAS PRIMAS IMPRENTA BODEGA SEDE CENTRAL

Responsable: CRISTIAN OSPINA HERNANDEZ

CC/Nit: 79310193

CRISTIAN OSPINA HERNANDEZ

CC/Nit: 79310193

Elaborado por: CINDY ARANDIA VELANDIA

Impreso por: cvelandia

Multi Suministros SAS
NIT: 830.067.042-9

Equipos e Insumos para Oficina, Sistemas, Audio, Video, Artes, Laboratorios, Ingenierías y Tiflología

CERTIFICACIÓN

Yo, ISAIAS GUAVITA MORENO identificado con cédula de ciudadanía número 2'996.011 expedida en Chipaque, Cundinamarca, como Representante Legal de la empresa MULTISUMINISTROS SAS. identificada con NIT 830.067.042-9, CERTIFICO que de acuerdo con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, no tenemos obligación de cancelar aportes al sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones, aportes parafiscales, por no tener personal vinculado laboralmente.

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de diciembre de 2023 con destino a las entidades del sector público.

Atentamente,

ISAIAS GUAVITA MORENO
Representante Legal
Cel. 320 3420652
e-mail: multisuministros-sas@hotmail.com

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 11/12/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **MULTISUMINISTROS SAS** con NIT **830.067.042-9** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 000018191601

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830067042-9	MULTISUMINISTROS SAS		CR 72 57 B 50 SUR BL 7 OF 502	601456050	MULTISUMINISTROS-SAS@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E		72899739	$284.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	46.400	0	0	46.400	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	46.400	46.400
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	1	46.400	46.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	284.500	284.500

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
NI	830067042-9	MULTISUMINISTROS SAS		CR 72 57 B 50 SUR BL 7 OF 502	601456050	MULTISUMINISTROS-SAS@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-11	E		72899739	$284.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	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	CORRECCIÓN	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
1	CC	2996011	GUAVITA MORENO ISAIAS	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

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

Facturas del contrato

Id de pago	Número de factura	Código de autorización	Fecha de expedición
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del documento
FE2071 - INCI.pdf	FE2071 - INCI.pdf

Modificaciones del Contrato

Modificación del contrato

Referencia de la modificación	Tipo de modificación	Fecha de modificación
CO1.CTRMOD.13704756	Modificar el contrato	23/11/2023 3:25 PM *(UTC -5 horas)*

Incumplimientos

Incumplimientos del contrato

Tipo	Fecha de emisión	Fecha de vencimiento
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados		



X

Fecha de recepción	Valor total de la factur

Cargado por			
Proveedor	Descargar	Detalle	

Fecha de aprobación	Estado	Versión	Versión previa
24/11/2023 2:10 PM *(UTC -5 horas)*	Publicados	2	Ver

Valor	Estado