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	076	FECHA DEL CONTRATO	31/05/2023
FECHA DE INICIO	1/06/2023	FECHA DE FINALIZACIÓN	31/12/2023
PLAZO	7 meses	TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
PÓLIZA	N/A	FECHA APROBACIÓN PÓLIZA	N/A
OBJETO DEL CONTRATO	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.		

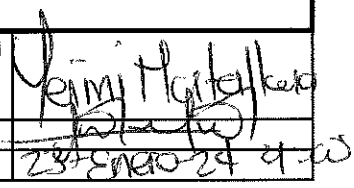
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	19.428.948
TELÉFONO	3223364660	CELULAR	3223364660
CORREO ELECTRÓNICO	jorel.achardy@gmail.com		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CRA 90C N. 6A 67		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	BANCO	DAVIVIENDA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

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	17623	FECHA CDP 1	30/05/2023
NÚMERO CDP 2		FECHA CDP 2	
NÚMERO RP 1	18123	FECHA RP 1	1/06/2023
NÚMERO RP 2		FECHA RP 2	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL	
VALOR INICIAL CONTRATO	$ 13.326.551
ADICIÓN	$ 951.896
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 14.278.447

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES			
NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1	001	7/07/2023	$ 1.903.793
2	002	7/07/2023	$ 1.903.793
3	003	8/08/2023	$ 1.903.793
4	004	7/09/2023	$ 1.903.793
5	005	5/10/2023	$ 1.903.793
6	006	06/11/2023	$ 1.903.793
7	007	06/12/2023	$ 1.903.793
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 9.518.965

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	8	DE	8
PERIODO A PAGAR	1-15 enero de 2024	VALOR A PAGAR	$ 951.896

VALOR EN LETRAS	NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M.CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			100%
SALDO DEL CONTRATO			-
INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	008	FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	22/01/2024
RESPONSABLE DE IVA	No	PORCENTAJE IVA	NA
VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA	$ 951.896	VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA	$ 951.896
INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	74014294	PERIODO DE APORTE	Noviembre
FECHA DE PAGO	16/01/2024	OPERADOR DE PAGO	MIPLANILLA
NIVEL DE RIESGO - ARL	3	IBC	$ 1.160.000
VALOR APORTE SALUD		$ 162.500	
VALOR APORTE PENSIÓN		$ -	
VALOR APORTE ARL		$ 31.700	
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$ 7.800	
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 / CARLOS EDUARDO CORDOBA		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	1020786017 80007945
TELÉFONO		CELULAR	3052590659
CARGO	Coordinador Unidades Productivas	ÁREA	Unidades Productivas
CORREO ELECTRÓNICO	dherrera@inci.gov.co / imprentaciegos@inci.gov.co		
OBSERVACIÓN DEL PAGO	En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que la contratista cumplió a cabalidad con las funciones del contrato pactadas		
FIRMA			
FECHA DE APROBACIÓN			
Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Carolina Acero	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	
Firma		Firma	
Fecha y hora	23-01-2024 9:07 AM	Fecha y hora	23 Enero-24 9:00

Bogotá D.C., 22 de enero del 2024

CUENTA DE COBRO No. 008-2023

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS –INCI
NIT: 860.015.971-2

DEBE A:

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948

LA SUMA DE NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M.CTE. ($951.896)

POR CONCEPTO DE:

Pago del contrato de Prestación de Servicios No. 076-2023, cuyo objeto es: "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 grafcut de la imprenta Nacional para Ciegos". Por el periodo comprendido entre el 1 al 15 de enero de 2024.

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: 076 del 31 de mayo de 2023

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas y de impresión en la máquina impresora Pinza Heidelberg, y corte en la guillotina grufcut de la imprenta Nacional para Ciegos.
FECHA DE INICIO: *01/06/2023*
FECHA DE FINALIZACIÓN: *15/01/2024*
PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de siete (7) meses y quince días sin que pueda exceder del 15 de enero de 2024, previa expedición del Registro Presupuestal y afiliación e inicio de cobertura ARL.

FORMA DE PAGO: El valor del contrato será hasta por la suma **CATORCE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($14.278.447),** valor que incluye todos los costos directos e indirectos. IVA, tasas y contribuciones a que haya lugar, conforme a la naturaleza del contrato.

- Siete pagos iguales por mes por un valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS TRES MIL SETENCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M.CTE. ($1.903.793).
- Un último pago proporcional sobre la base de NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($951.896) por los días ejecutados hasta el 15 de enero de 2023.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY
DOCUMENTO: C.C 19.428.948
CORREO ELECTRÓNICO: jorel.achardy@gmail.com
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:

INFORME No. 8 DE 8
PERIODO: 1 al 15 de enero 2024
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 órdenes de producción.	Se valida en Ineditto los trabajos asignados y se realiza la impresión en la pinza de las siguientes	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. ***OP 595 Calendario INCI*** Ubicación: Área de producción

		OP: 595	
2	Realizar el corte de papel en la guillotina grafcut de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.	Se valida en el sistema Ineditto los trabajos asignados que requieren el corte de papel, se solicita en el almacén y se ejecuta el trabajo validando el tipo de papel y los tamaños requeridos.	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. ***OP 595 Calendario INCI*** Ubicación: Área 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 en la imprenta.	Se realizan actividades de apoyo en produccion	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. ***OP 595 Calendario INCI*** Ubicación: Área de producción
4	Verificar la calidad de impresión de documentos en Braille en las maquinas braille de acuerdo con las órdenes de producción asignada y reportar de acuerdo con el procedimiento los hallazgos de baja calidad o imperfectos que se presenten.	Se revisa la calidad de modo aleatorio de todos los trabajos de producción que se realizan en las diferentes máquinas de impresión tanto en tinta como en braille.	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. ***OP 595 Calendario INCI*** Ubicación: Area de producción
5	Conocer y operar según la orden de producción que se le asigne, las máquinas de la imprenta tales como: cosedora, perforadora, anilladora, encoladora, termo formadora.	Se realiza el perforado del siguiente trabajo: ***OP 595 Calendario INCI***	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. ***OP 595 Calendario INCI*** Ubicación: Área de producción
6	Conocer, reportar y hacer los registros de producción en el software asignado.	Se realizan los registros de actividades asignadas en la plataforma Ineditto.	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. ***OP 595 Calendario INCI*** Ubicación: Área de producción
7	Recepcionar y realizar la revisión de calidad de los productos terminados de acuerdo con las órdenes de producción asignadas.	Se realiza la revisión aleatoria de cada uno de los trabajos asignados.	Registro de tiempos en el sistema INEDITTO. ***OP 595 Calendario INCI*** Ubicación: Área de producción
8	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 requerida para realizar el trabajo validando tamaños y corte para aprovechar al máximo la materia prima evitando desperdicios.	Ubicación: Área de producción
9	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.	Ubicación: Área de producción

10	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.	Ubicación: Área de producción
11	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, salvaguardando la seguridad y la limpieza de los mismos.	Ubicación: Área de producción
12	Las demás que deriven de la naturaleza del contrato	Entrega de materia prima bodega.	Ubicación: Área de producción

PRODUCTOS PACTADOS	***ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS***
OP 595 Calendario INCI	*Finalizado*

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

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

Carlos Eduardo Córdoba – 80.007.945 y Daniel Herrera Torres – 1020786017 – Coordinador Unidades Productivas; en calidad de supervisores del contrato aquí relacionado, certifican 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.

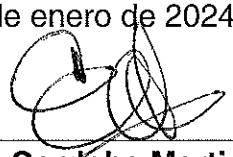
Autorizan el presente informe sea cargado a través de la plataforma SECOP II junto con los requisitos legales necesarios, y autorizo al Instituto Nacional para Ciegos INCI realizar el pago del periodo correspondiente.

Del 1 de enero de 2024 al 8 de enero de 2024



Daniel Herrera - Coordinador Unidades Productivas
CC 1.020.786.017

Del 9 de enero de 2024 al 15 de enero de 2024



Carlos Cordoba Martinez - Coordinador Unidades Productivas (E)
CC 80.007.945

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: 076 del 31 de mayo de 2023

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas y de impresión en la máquina impresora Pinza Heidelberg, y corte en la guillotina grufcut de la imprenta Nacional para Ciegos.
FECHA DE INICIO: *01/06/2023*
FECHA DE FINALIZACIÓN: *15/01/2024*
PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de siete (7) meses y quince días sin que pueda exceder del 15 de enero de 2024, previa expedición del Registro Presupuestal y afiliación e inicio de cobertura ARL.

FORMA DE PAGO: El valor del contrato será hasta por la suma **CATORCE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($14.278.447),** valor que incluye todos los costos directos e indirectos. IVA, tasas y contribuciones a que haya lugar, conforme a la naturaleza del contrato.

- Siete pagos iguales por mes por un valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS TRES MIL SETENCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M.CTE. ($1.903.793).
- Un último pago proporcional sobre la base de NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($951.896) por los días ejecutados hasta el 15 de enero de 2023.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY
DOCUMENTO: C.C 19.428.948
CORREO ELECTRÓNICO: jorel.achardy@gmail.com
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:

INFORME No. 8 DE 8
PERIODO: 1 al 15 de enero 2024
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 guillorina grafcut de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.	CUMPLE
3	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
4	Conocer y operar según la orden de producción que se le asigne, las máquinas de la imprenta tales como: cosedora, perforadora, anilladora, encoladora, termoformadora.	CUMPLE

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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 de acuerdo con las órdenes de producción asignadas.	CUMPLE
7	Conocer, para hacer correcto uso de los insumos y materias primas, evitando la mala utilización y disposición de estas.rganizar el puesto de trabajo y los insumos requeridos con respecto a la orden de producción asignada.	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*
OP 595 Calendario INCI	*En proceso*

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

Aprobación supervisor
Carlos Eduardo Córdoba – 80.007.945 y Daniel Herrera Torres – 1020786017 – Coordinador Unidades Productivas; en calidad de supervisores del contrato aquí relacionado, certifican 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.

Autorizan 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.

Del 1 de enero de 2024 al 8 de enero de 2024

Daniel Herrera - Coordinador Unidades Productivas
CC 1.020.786.017

Del 9 de enero de 2024 al 15 de enero de 2024

Carlos Cordoba Martinez - Coordinador Unidades Productivas (E)
CC 80.007.945

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	16/01/2024	74014294	$202.000	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	7.800	0	0	7.800	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	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	7.800	7.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	202.000	202.000

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	joret.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	16/01/2024	74014294	$202.000	

DETALLE POR COTIZANTE

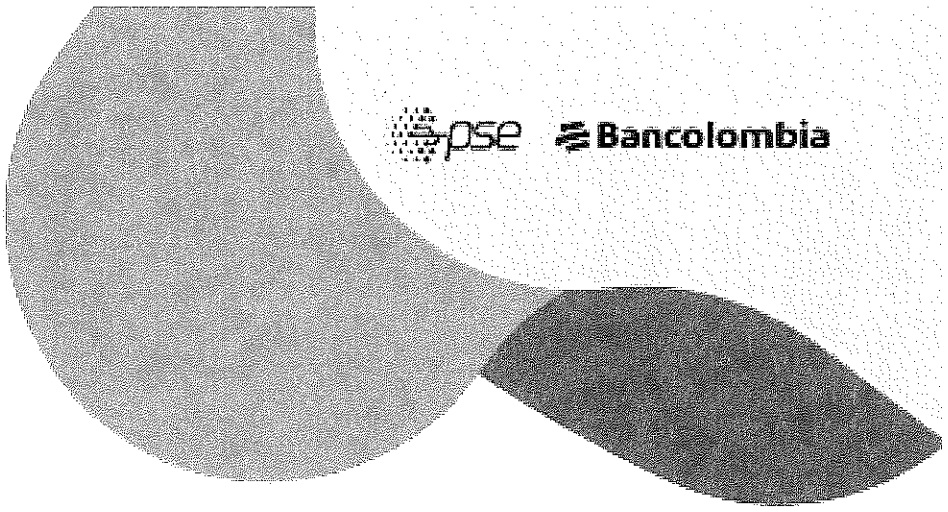
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	19428948	RUIZ ACHARDY JORGE ELIECER	59	4			N																		0	0	0	0	0		EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.709	CCF21	1.300.000	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: CARLOS EDUARDO CORDOBA MARTINEZ

Nro. de recibo: 74014294

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 186.31.104.154

Concepto: CC

Razón Social: 19428948

Fecha y hora de la transacción: Martes 16 de Enero de 2024 11:36:00 AM

Nro. de comprobante: 0000036012

Valor pagado: $ 202,000.00

Producto: *******1439

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 6888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com