Bogotá D.C, 01 de Marzo del 2024

CUENTA DE COBRO No. 002-2024

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS –INCI
NIT: 860.015.971-2

DEBE A:

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948

DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE ($2.901.780)

POR CONCEPTO DE:

Pago del contrato de Prestación de Servicios No. 014-2024, cuyo objeto es: Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas en las máquinas de impresión offset de la Imprenta Nacional para Ciegos. Por el periodo comprendido entre el 1 al 29 de febrero 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.

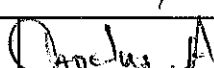
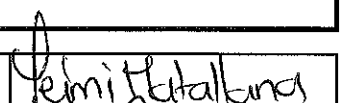
Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	2	DE	12
PERIODO A PAGAR	1-29 de febrero	VALOR A PAGAR	$ 2.901.780
VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			10,71%
SALDO DEL CONTRATO			$ 29.017.800

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
CUENTA DE COBRO	002	DE COBRO	1/3/2024
RESPONSABLE DE IVA	No	PORCENTAJE IVA	
CUENTA DE COBRO ANTES	$2.901.780,00	CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE	$2.901.780,00

INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	75067826	PERIODO DE APORTE	Febrero
FECHA DE PAGO	28/2/2024	OPERADOR DE PAGO	miplanilla
NIVEL DE RIESGO - ARL	3	IBC	$ 1.300.000
VALOR APORTE SALUD		$	162.500
VALOR APORTE PENSIÓN			
VALOR APORTE ARL		$	31.700
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$	-
VALOR TOTAL PLANILLA		$	194.200
VOLUNTARIO A PENSIÓN	NO	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	Carlos Cordoba Martinez		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	80,007,945
TELÉFONO		CELULAR	3123512096
CARGO	Coordinador Unidades Productivas	ÁREA	Unidades Productivas
CORREO ELECTRÓNICO	Imprentaciegos@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	01/03/2024		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica		Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	
Firma		Firma	
Fecha y hora	01-03-2024 2:57p.m.	Fecha y hora	1-marzo-24 2:11

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	014	**FECHA DEL CONTRATO**	24/1/2024
FECHA DE INICIO	25/1/2024	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	31/12/2024
PLAZO	11 meses 6 dias	**TIPO DE CONTRATO**	Prestación de servicios
PÓLIZA	63-44-101015171	**FECHA APROBACIÓN PÓLIZA**	25/1/2024
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas en las máquinas de impresión offset de la Imprenta Nacional para Ciegos.		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	Jorge Eliecer Ruíz 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	Carrera 90 C No 6A67		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	**BANCO**	DAVIVIENDA
NÚMERO DE CUENTA	0570008090230031		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1		**FECHA CDP 1**	
NÚMERO CDP 2	2424	**FECHA CDP 2**	24/1/2024
NÚMERO RP 1		**FECHA RP 1**	
NÚMERO RP 2	2224	**FECHA RP 2**	25/1/2024

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	32.499.936
ADICIÓN		
VALOR TOTAL CONTRATO	$	32.499.936

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES

NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1	001		$ 580.356
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 580.356

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: *014 del 24 de Enero de 2024*

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas en las máquinas de impresión offset de la Imprenta Nacional para Ciegos.

FECHA DE INICIO: 25 de Enero de 2024
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31 de diciembre de 2024

PLAZO DE EJECUCIÓN: el plazo de ejecución del contrato será de seis (6) días calendario y once (11) meses, sin que pueda exceder del 31 de Diciembre de 2024, previa expedición del registro presupuestal y afiliación e inicio de cobertura ARL y aprobación de polizas.

FORMA DE PAGO:
El valor del contrato será hasta por la suma **TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M.CTE. ($32.499.936),** suma que el **INCI** pagará así:

- Un primer pago proporcional sobre la base de **DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE ($2.901.780),** por valor de **QUINIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M.CTE ($580.356),** por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el treinta (30) del primer mes.

- Once pagos iguales por mes por un valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE ($2.901.780).**

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: *Jorge Eliecer Ruíz Achardy*
DOCUMENTO: *C.C No. 19.428.948*
CORREO ELECTRÓNICO: *jorel.achardy@gmail.com*
CELULAR: 322 3364660

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 2 DE 12
PERIODO: Del 1 al 29 de febrero de 2024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 10.71%

#	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 órdenes de producción.	CUMPLE
2	Realizar el corte de papel en la guillotina graphcut y polar de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.	CUMPLE
3	Apoyar las actividades operativas en las máquinas de la imprenta tales como: cosedora, perforadora, anilladora, encoladora y termoformadora, según la orden de producción que se le asigne y cuando se requiera su apoyo en el desarrollo de actividades.	CUMPLE
4	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, cuando se requiera.	CUMPLE
5	Verificar la calidad de impresión de documentos en braille de acuerdo con la orden de producción asignada y reportar a través de la bitácora de la orden de producción de acuerdo al procedimiento, los hallazgos de baja calidad, imperfectos y perdidas de material que se presenten.	CUMPLE
6	Reportar y mantener actualizados los registros de producción en el software en el software o soporte determinado para tal fin.	CUMPLE
7	Realizar los procesos de transferencia de conocimiento, entrenamiento y soporte	CUMPLE

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	CUMPLE/NO CUMPLE
	documental que se requieran para garantizar la continuidad de los procesos, en el marco de su competencia y alcance de contrato. En caso de desarrollarse, debe dejar evidencia del proceso realizado, según sea pertinente.	
8	Gestionar la creación y/o actualización que se requiera de los métodos de operación que se deriven de actividades que desarrolla la Imprenta Nacional para Ciegos, en el marco de su competencia y alcance de contrato. En caso de desarrollarse, debe dejar evidencia del proceso realizado, según sea pertinente.	CUMPLE
9	Realizar la revisión de calidad de los productos terminados de acuerdo a las órdenes de producción asignadas, realizando el reporte de unidades y características defectuosas en el software o soporte determinado para tal fin.	CUMPLE
10	Conocer, para hacer correcto uso de los insumos y materias primas, evitando la mala utilización y disposición de las mismas.	CUMPLE
11	Hacer uso de los elementos de protección personal requeridos durante la ejecución del objeto contractual.	CUMPLE
12	Mantener el puesto de trabajo en perfecto orden y aseo.	CUMPLE
13	Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato	CUMPLE

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
OP 605 Calendario SUDAMERIS 2024	Finalizado
OP 628 Taxonomía	En proceso
OP 627 Algebra	En proceso
OP 626 Atencion Prioritaria	En proceso
OP 627 Libro Modulo De Algebra	En proceso
OP 628 Libro Taxonomía	En proceso
Op 629 Portada Libro La Celula	En proceso

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
Atendidas oportunamente	N.A.	N.A.
Atendidas vencidas	N.A.	N.A.
Pendientes por responder	N.A.	N.A.

APROBACIÓN SUPERVISOR

NOMBRE: *CARLOS EDUARDO CORDOBA*
CEDULA: *80.007. 945*
CARGO: *Coord. Grupo Unidades Productivas* (E)
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.



Carlos Eduardo Córdoba
CC 80.007. 945
Coordinador Grupo Unidades Productivas.

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*: 014 del 24 de Enero de 2024*

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar labores operativas en las máquinas de impresión offset de la Imprenta Nacional para Ciegos.

FECHA DE INICIO: 25 de Enero de 2024
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31 de diciembre de 2024

PLAZO DE EJECUCIÓN: el plazo de ejecución del contrato será de seis (6) días calendario y once (11) meses, sin que pueda exceder del 31 de Diciembre de 2024, previa expedición del registro presupuestal y afiliación e inicio de cobertura ARL y aprobación de polizas.

FORMA DE PAGO:
El valor del contrato será hasta por la suma **TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M.CTE. ($32.499.936),** suma que el **INCI** pagará así:

- Un primer pago proporcional sobre la base de **DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE ($2.901.780),** por valor de **QUINIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M.CTE ($580.356),** por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el treinta (30) del primer mes.

- Once pagos iguales por mes por un valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M.CTE ($2.901.780).**

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: *Jorge Eliecer Ruíz Achardy*
DOCUMENTO: *C.C No. 19.428.948*
CORREO ELECTRÓNICO: *jorel.achardy@gmail.com*
CELULAR: 322 3364660

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: 2 DE 12
PERIODO: Del 1 al 29 de febrero de 2024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 10.71%

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	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 realizaron las siguientes actividades asociadas a las siguiente OP ***- OP 605 Calendario SUDAMERIS 2024***	**Evidencia:** **Orden de producción** ***- Calendarios SUDAMERIS 2024*** Formato reporte diario de producción INEDITTO **Ubicación:** **Archivo digital imprenta.**
2	Realizar el corte de papel en la guillotina graphcut y polar de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.	Se realiza el corte del papel de las siguientes OP: ***OP 605 Sudameris*** ***OP 628 Taxonomía*** ***OP 627 Algebra*** ***OP 626 Atencion Prioritaria*** ***OP 627 Libro Modulo De Algebra*** ***OP 628 Libro Taxonomía*** ***Op 629 Portada Libro La Celula***	**Evidencia:** **Orden de producción** Formato reporte diario de producción INEDITTO **Ubicación:** **Archivo digital imprenta**
3	Apoyar las actividades operativas en las máquinas de la imprenta tales como: cosedora, perforadora, anilladora, encoladora y termoformadora, según la orden de producción que se le asigne y cuando se requiera su apoyo en el desarrollo de actividades.	No se realizaron actividades.	**Evidencia:** **Orden de producción** Formato reporte diario de producción INEDITTO **Ubicación:** **Archivo digital imprenta**
4	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, cuando se requiera.	No se realizaron actividades.	**Evidencia:** **Orden de producción** Formato reporte diario de producción INEDITTO **Ubicación:** **Archivo digital imprenta**
5	Verificar la calidad de impresión de documentos en braille de acuerdo con la orden de producción asignada y reportar a través de la bitácora de la orden de producción de acuerdo al procedimiento, los hallazgos de baja calidad, imperfectos y perdidas de material que se presenten.	***OP 605 Calendario SUDAMERIS 2024*** ***OP 628 Taxonomía*** ***OP 627 Algebra*** ***OP 626 Atencion Prioritaria*** ***OP 627 Libro Modulo De Algebra*** ***OP 628 Libro Taxonomía*** ***Op 629 Portada Libro La Celula***	**Evidencia:** No aplica **Ubicación:** No aplica
6	Reportar y mantener actualizados los registros de producción en el software en el software o soporte determinado para tal fin.	Se realiza actualización en el sistema apenas se finaliza una tarea.	**Orden de producción** No aplica **Ubicación:** No aplica

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
7	Realizar los procesos de transferencia de conocimiento, entrenamiento y soporte documental que se requieran para garantizar la continuidad de los procesos, en el marco de su competencia y alcance de contrato. En caso de desarrollarse, debe dejar evidencia del proceso realizado, según sea pertinente.	No se reciben indicaciones por parte del supervisor del contrato para realizar tarea asociada a esta meta.	**Evidencia:** **Orden de producción** Formato reporte diario de producción INEDITTO **Ubicación:** **Archivo digital imprenta**
8	Gestionar la creación y/o actualización que se requiera de los métodos de operación que se deriven de actividades que desarrolla la Imprenta Nacional para Ciegos, en el marco de su competencia y alcance de contrato. En caso de desarrollarse, debe dejar evidencia del proceso realizado, según sea pertinente.	No se realizan actividades.	**Evidencia:** **Orden de producción** No aplica
9	Realizar la revisión de calidad de los productos terminados de acuerdo a las órdenes de producción asignadas, realizando el reporte de unidades y características defectuosas en el software o soporte determinado para tal fin.	***OP 605 Calendario SUDAMERIS 2024*** ***OP 628 Taxonomía*** ***OP 627 Algebra*** ***OP 626 Atencion Prioritaria*** ***OP 627 Libro Modulo De Algebra*** ***OP 628 Libro Taxonomía*** ***Op 629 Portada Libro La Celula***	**Evidencia:** No aplica
10	Conocer, para hacer correcto uso de los insumos y materias primas, evitando la mala utilización y disposición de las mismas.	Se verifican las tareas asignadas en el sistema para realizar el trabajo.	**Evidencia:** No aplica
11	Hacer uso de los elementos de protección personal requeridos durante la ejecución del objeto contractual.	Se utilizan los EPP de acuerdo a la actividad realizada.	**Evidencia:** No aplica
12	Mantener el puesto de trabajo en perfecto orden y aseo.	Diariamente se realiza la limpieza antes del puesto de trabajo.	**Evidencia:** No aplica
13	Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato	No se realizan actividades.	No aplica

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
OP 605 Calendario SUDAMERIS 2024	Finalizado
OP 628 Taxonomía	En proceso
OP 627 Algebra	En proceso
OP 626 Atencion Prioritaria	En proceso
OP 627 Libro Modulo De Algebra	En proceso
OP 628 Libro Taxonomía	En proceso
Op 629 Portada Libro La Celula	En proceso

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
Atendidas oportunamente	N.A.	N.A.
Atendidas vencidas	N.A.	N.A.
Pendientes por responder	N.A.	N.A.

EL CONTRATISTA 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.

El contratista se compromete a realizar las actividades en el tiempo que faltare de ejecución, so pena de la declaratoria de incumplimiento, ejecución de garantías, establecimiento de multas o demás instrumentos con los que cuente la entidad para hacer efectivo el cumplimiento.

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948
Contratista

Aprobación supervisor

Carlos Eduardo Cordoba identificado 80.007.945 Coordinador del grupo Unidades Productivas; en calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista, y 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.

Carlos Eduardo Cordoba
CC 80.007.945
Coordinador Grupo Unidades Productivas

Comprobante

de pago en línea

COMPENSAR-OI

Pago realizado por: CARLOS EDUARDO CORDOBA MARTINEZ

Nro. de recibo: 75067826

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: Miércoles 28 de Febrero de 2024 07:39:48 AM

Nro. de comprobante: 0000001744

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 8888 - 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

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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-02	I	28/02/2024	75067826	$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	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	19428948	RUIZ ACHARDY JORGE ELIECER	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	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

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 8A-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	
2024-02	2024-02	I	28/02/2024	75067826	$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