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	8090230031		

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	13/3/2024	$ 580.356
2	002	13/3/2024	$ 2.901.780
3	003	5/4/2024	$ 2.901.780
4	004	7/5/2024	$ 2.901.780
5	005	11/6/2024	$ 2.901.780
6	006	8/7/2024	$ 2.901.780
7	007	2/8/2024	$ 2.901.780
8	008	6/9/2024	$ 2.901.780
9	009	4/10/2024	$ 2.901.780
10			
11			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 23.794.596

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO

NÚMERO DE PAGO	10	**DE**	12
PERIODO A PAGAR	1 al 30 octubre	**VALOR A PAGAR**	$ 2.901.780
VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**82,14%**
SALDO DEL CONTRATO			$ 5.803.560

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	010	**FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO**	1/11/2024
RESPONSABLE DE IVA	No	**PORCENTAJE IVA**	
VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA	$2.901.780,00	**VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA**	$2.901.780,00

INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	81352492	**PERIODO DE APORTE**	Octubre
FECHA DE PAGO	31/10/2024	**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		$	7.800
VALOR TOTAL PLANILLA		**$**	**202.000**
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**	1,020,786,017
TELÉFONO	3052590659	**CELULAR**	3052590659
CARGO	Profesional Universitario	**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	01/11/2024		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Mana Unveña	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	Camila Acosta
Firma	Mana U.	Firma	
Fecha y hora	01-11-24 11:50	Fecha y hora	01 NOV 2024 11:01 am

Bogotá D.C, 1 de noviembre del 2024

CUENTA DE COBRO No. 010-2024

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 30 del mes de octubre 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 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-004 2	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 pólizas.

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

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: 10 DE 12
PERIODO: Del 1 al 30 de octubre de 2024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 82,14%

#	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.	NO APLICA
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 APLICA
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 pérdidas 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

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	CUMPLE/NO CUMPLE
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 APLICA
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 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.	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 789 Cuadernos Inci portada	Finalizado
OP 796 Cartilla prevención gestión humana	Finalizado
OP 792 Cartas Azahar coffee	Finalizado
OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille	Finalizado
OP 806 Himno cuadernos neojaverianos	Finalizado
OP 810 Plantilla Braille votaciones alcalde Iles	Finalizado
Op 812, 813 Clises farmacéuticos	Finalizado
OP 783 Portada tesoro de Quilcacé	Finalizado

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

OP 784 Portada cuentos de la selva	En proceso
OP 785 Portada edad de oro	Finalizado
OP 809 Postales con sistema Braille	Finalizado

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: *DANIEL HERRERA*
CEDULA: *1020786217*
CARGO: *Supervisor del contrato*
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.



Daniel Herrera
CC 1020786217
Supervisor del contrato

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 pólizas.

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: 10 DE 12
PERIODO: Del 1 al 30 de octubre de 2024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 82,14%

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 789 Cuadernos Inci portada*** ***OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille*** ***OP 806 Himno cuadernos neojaverianos***	**Evidencia:** **Orden de producción** ***OP 789 Cuadernos Inci portada*** ***OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille*** ***OP 806 Himno cuadernos neojaverianos*** Formato reporte diario de producción **Ubicación:** **Archivo digital imprenta.** Software Inediitto
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 789 Cuadernos Inci portada*** ***OP 796 Cartilla prevención gestión humana*** ***OP 792 Cartas Azahar coffee*** ***OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille*** ***OP 806 Himno cuadernos neojaverianos*** ***OP 810 Plantilla Braille votaciones alcalde Iles*** ***Op 812, 813 Clises farmacéuticos*** ***OP 783 Portada tesoro de Quilcacé*** ***OP 784 Portada cuentos de la selva*** ***OP 785 Portada edad de oro*** ***OP 809 Postales con sistema Braille***	**Evidencia:** **Orden de producción** ***OP 789 Cuadernos Inci portada*** ***OP 796 Cartilla prevención gestión humana*** ***OP 792 Cartas Azahar coffee*** ***OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille*** ***OP 806 Himno cuadernos neojaverianos*** ***OP 810 Plantilla Braille votaciones alcalde Iles*** ***Op 812, 813 Clises farmacéuticos*** ***OP 783 Portada tesoro de Quilcacé*** ***OP 784 Portada cuentos de la selva*** ***OP 785 Portada edad de oro*** ***OP 809 Postales con sistema Braille*** Formato reporte diario de producción INEDITTO **Ubicación:** **Archivo digital imprenta** Software Inediitto
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:** No aplica **Ubicación:** No aplica

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
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:** No aplica **Ubicación:** No aplica
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 pérdidas de material que se presenten.	***OP 789 Cuadernos Inci portada*** ***OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille*** ***OP 806 Himno cuadernos neojaverianos***	**Evidencia:** **Orden de producción** *OP 789 Cuadernos Inci portada* *OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille* *OP 806 Himno cuadernos neojaverianos* **Ubicación:** Software Ineditto
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 inicia, avanza y finaliza una tarea.	**Orden de producción** No aplica **Ubicación:** No aplica
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:** No aplica **Ubicación:** No aplica
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	No se realizan actividades.	**Evidencia:** **Orden de producción** No aplica

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
	Ciegos, en el marco de su competencia y alcance de contrato. En caso de desarrollarse, debe dejar evidencia del proceso realizado, según sea pertinente.		
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 789 Cuadernos Inci portada*** ***OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille*** ***OP 806 Himno cuadernos neojaverianos***	**Evidencia:** **Orden de producción** ***OP 789 Cuadernos Inci portada*** ***OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille*** ***OP 806 Himno cuadernos neojaverianos***
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 789 Cuadernos Inci portada	Finalizado
OP 796 Cartilla prevención gestión humana	Finalizado
OP 792 Cartas Azahar coffee	Finalizado
OP 807 Rendición de cuentas tarjeta Braille	Finalizado
OP 806 Himno cuadernos neojaverianos	Finalizado
OP 810 Plantilla Braille votaciones alcalde Iles	Finalizado
Op 812, 813 Clises farmacéuticos	Finalizado
OP 783 Portada tesoro de Quilcacé	Finalizado
OP 784 Portada cuentos de la selva	Finalizado
OP 785 Portada edad de oro	Finalizado
OP 809 Postales con sistema Braille	Finalizado

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 período 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 legalmente 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.

Daniel Herrera
CC 1020786217
Supervisor del contrato

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.	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	
2024-10	2024-10	I	31/10/2024	81352492	$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	jorel.achardy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		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	
2024-10	2024-10	I	31/10/2024	81352492	$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	IRET	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