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	025-2025	**FECHA DEL CONTRATO**	14 de febrero de 2025
FECHA DE INICIO	17 de febrero de 2025	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	31 de diciembre de 2025
PLAZO	12 dias y 10 meses	**TIPO DE CONTRATO**	Prestación de servicios
PÓLIZA	11-46-101075375	**FECHA APROBACIÓN PÓLIZA**	14 de febrero de 2025
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 RUIZ ZCHARDY		
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 # 6A - 67		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	**BANCO**	DAVIVIENDA
NÚMERO DE CUENTA	570008090230031		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	4225	**FECHA CDP 1**	12 de febrero de 2025
NÚMERO CDP 2		**FECHA CDP 2**	
NÚMERO RP 1	4425	**FECHA RP 1**	14 de febrero de 2025
NÚMERO RP 2		**FECHA RP 2**	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	31.083.863
ADICIÓN	$	-
VALOR TOTAL CONTRATO	$	31.083.863

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES

NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1	Cta Cobro 001-2025	5 de marzo de 2025	$ 1.195.533
2	Cta Cobro 002-2025	4 de abril de 2025	$ 2.988.833
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 4.184.366

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	3	**DE**	11
PERIODO A PAGAR	Del 1 al 30 de abril 2025	**VALOR A PAGAR**	$ 2.988.833,00
VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**23,08%**
SALDO DEL CONTRATO			$ 23.910.664

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	003-2025	**FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO**	30 de abril de 2025
RESPONSABLE DE IVA	No	**PORCENTAJE IVA**	0%
VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA	$2.988.833,00	**VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA**	$2.988.833,00

INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	86131673	**PERIODO DE APORTE**	Abril
FECHA DE PAGO	30/04/2025	**OPERADOR DE PAGO**	MI PLANILLA
NIVEL DE RIESGO - ARL	3	**IBC**	$ 1.423.500
VALOR APORTE SALUD		$	178.000
VALOR APORTE PENSIÓN		$	-
VALOR APORTE ARL		$	34.700
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$	8.600
VALOR TOTAL PLANILLA		**$**	**221.300**
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	Liliam Rosario Urrego Diaz		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	1030530654
TELÉFONO	305 7991090	**CELULAR**	305 7991090
CARGO	Profesional Especializado 2028 Grado 14	**ÁREA**	Unidades Productivas
CORREO ELECTRÓNICO	imprentaciegos@inci.gov.co		
OBSERVACIÓN DEL PAGO	En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones estipuladas en el contrato.		
FIRMA			
FECHA DE APROBACIÓN	30 de abril de 2025		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica		Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	
Firma		Firma	
Fecha y hora	4/30/25 2:13	Fecha y hora	30 Abril 2025 12:00 PM

Bogotá D.C, 30 de Abril del 2025

CUENTA DE COBRO No. 003-2025

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS –INCI
NIT: 860.015.971-2

DEBE A:

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948

DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M.CTE ($2.988.833)

POR CONCEPTO DE:

Pago del contrato de Prestación de Servicios No. 025-2025, 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 del mes de abril.

Declaro que:

1. Soy responsable del Impuesto a las ventas. Sí (x) No()
2. Estoy obligado a expedir factura de venta de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 437 y 615 del Estatuto Tributario. Sí() No(x).
3. He subcontratado para la ejecución del presente contrato a 2 o más personas. Sí() No(x).
4. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación. Sí() No(x).
5. Soy declarante de renta para el año anterior. Sí() No(x).

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: 025-2025 del 14 de febrero de 2025
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: 17 de febrero de 2025
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31 de diciembre de 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de doce (12) días calendarios y diez (10) meses, sin que pueda exceder del 31 de diciembre de 2025, previa expedición del Registro Presupuestal, afiliación e inicio de cobertura ARL y aprobación de pólizas requeridas por parte del ordenador del gasto.
FORMA DE PAGO: El valor del contrato será hasta por la suma **TREINTA Y UN MILLONES OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M.CTE. ($31.083.863),** suma que el **INCI** pagará así:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de **DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M.CTE ($2.988.833),** por valor de **UN MILLON CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M.CTE ($1.195.533),** por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el treinta (30) del primer mes.

2. Diez pagos iguales por mes por un valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M.CTE ($2.988.833).**

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ZCHARDY
DOCUMENTO: 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. 3 DE 11
PERIODO: Del 1 de abril al 30 de abril de 2025
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **23.08%**

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
1	*Realizar los procesos de impresión en braille en la pinza Heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.*	1. Libretas dotación OP 891 2. Plantillas electorales alcalde de Apartadó OP 906,912 3. Libro aprendamos a contar 1 OP 925 4. Cuaderno portada 50 hojas OP 876 5. Alfabeto OP 901 6. Folletos servicios inci OP 936 7. Plantilla electoral alcalde de Duitama OP 943 8. Folletpo mapa de Corferias 2025 OP 947	**Evidencia:** Libretas dotación OP 891 Plantillas electorales alcalde de Apartadó OP 906,912 Libro aprendamos a contar 1 OP 925 Cuaderno portada 50 hojas OP 876 Alfabeto OP 901 Folletos servicios inci OP 936 Plantilla electoral alcalde de Duitama OP 943 Folletpo mapa de Corferias 2025 OP 947 **Ubicación:** Inedito
2	*Realizar los procesos de corte de papel en la guillotina GraphCut y polar de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.*	1. Alfabetos OP 901 2. Kit de familia educación OP 903 3. Cartilla accesible dotación OP 908 4. Cartilla Bancamia OP 911 5. Cuaderno 50 Hojas OP 876 6. Esto dijo el armadillo OP 824 7. Aprendamos a contar 1 OP 925 8. Etenografia inglesa OP926 9. Hojas braille OP898 10. Cartilla accesible dotación OP 909 11. Plantilla electoral alcalde aparto OP 906,912 12. Facturas publicas OP 921 13. Cartilla ayudando a crecer a mi hijo OP913 14. Cartilla baja visión OP 914 15. Cuadernos 80hojas OP 874 16. Cartilla orientación y movilidad OP 931 17. Folletos servicios inci OP 936 18. Cartilla desamores	Alfabetos OP 901 Kit de familia educación OP 903 Cartilla accesible dotación OP 908 Cartilla Bancamia OP 911 Cuaderno 50 Hojas OP 876 Esto dijo el armadillo OP 824 Aprendamos a contar 1 OP 925 Etenografia inglesa OP926 Hojas braille OP898 Cartilla accesible dotación OP 909 Plantilla electoral alcalde aparto OP 906,912 Facturas publicas OP 921 Cartilla ayudando a crecer a mi hijo OP913 Cartilla baja visión OP 914 Cuadernos 80hojas OP 874 Cartilla orientación y movilidad OP 931 Folletos servicios inci OP 936 Cartilla desamores profundos OP 939 Cartilla Jaimito explorador OP 940 Alfabeto OP 901

		profundos OP 939 19. Cartilla Jaimito explorador OP 940 20. Alfabeto OP 901 21. Clise farmaceutico Prolanz OP 927 22. Plantillas electorales OP 943 23. Folleto mapa Corferias OP947	Clise farmaceutico Prolanz OP 927 Plantillas electorales OP 943 Folleto mapa Corferias OP947 **Ubicación:** Ineditto
3	*Realizar los procesos de impresión offset en máquinas rotativas Heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.*	N/A	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
4	*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.*	N/A	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
5	*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.*	Se realizan actividades durante el mes.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
6	*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.*	Revisión de calidad sin novedades.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
7	*Reportar y mantener actualizados los registros de producción en el software en el software o*	Se reporta diariamente el trabajo elaborado en el formato reporte diario de producción software ineditto	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**

	soporte determinado para tal fin.		
8	*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.*	Se atiende a todas las indicaciones y se realiza soporte.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
9	*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.*	Se atiende a todas las indicaciones y se realiza soporte.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
10	*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.*	Revisión de calidad sin novedades.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
11	*Conocer, para hacer correcto uso de los insumos y materias primas, evitando la mala utilización y disposición de las mismas.*	Se realizan actividades durante el mes.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
12	*Hacer uso de los elementos de protección personal requeridos durante la ejecución del objeto contractual.*	Se realizan actividades durante el mes.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
13	*Mantener el puesto de trabajo en perfecto orden y aseo.*	Se mantiene organizado el puesto de trabajo.	**Evidencia:** **N/A**

			Ubicación: **N/A**
14	*Permanecer dentro de la planta y en el equipo cuando este se encuentre en mantenimiento.*	Se realizan actividades durante el mes.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
15	*Evitar el daño de más del 40% (cuarenta por ciento) del material desarrollado.*	Se realizan actividades durante el mes.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
16	*Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato.*	Se realizan actividades durante el mes.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Alfabetos OP 901	Terminado
Kit de familia educación OP 903	Terminado
Cartilla accesible dotación OP 908	Terminado
Cartilla Bancamia OP 911	Terminado
Cuaderno 50 Hojas OP 876	En proceso
Esto dijo el armadillo OP 824	Terminado
Aprendamos a contar 1 OP 925	En proceso
Estenografia inglesa OP926	En proceso
Hojas braille OP898	Terminado
Cartilla accesible dotación OP 909	Terminado
Plantilla electoral alcalde aparto OP 906,912	Terminado
Facturas publicas OP 921	Terminado
Cartilla ayudando a crecer a mi hijo OP913	Terminado
Cartilla baja visión OP 914	Terminado
Cuadernos 80hojas OP 874	Terminado
Cartilla orientación y movilidad OP 931	En proceso
Folletos servicios inci OP 936	En proceso
Cartilla desamores profundos OP 939	Terminado
Cartilla Jaimito explorador OP 940	Terminado
Alfabeto OP 901	Terminado
Clise farmaceutico Prolanz OP 927	Terminado
Plantillas electorales OP 943	Terminado
Folleto mapa Corferias OP947	Terminado

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.

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
19428948

Aprobación supervisor

Liliam Rosario Urrego Diaz identificada con cédula de ciudadanía No. 1030530654, Coordinador del grupo Unidades Productivas; en calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista, cumplió a satisfacción y a cabalidad las actividades relacionadas en el presente informe, y que las evidencias y sus respectivas ubicaciones finales son claras y de óptima calidad.

Autorizo el presente informe sea cargado a través de la plataforma SECOP II junto con los requisitos legales necesarios, y autorizo al Instituto Nacional para Ciegos INCI realizar el pago del periodo correspondiente mes de abril de 2025.

Liliam Rosario Urrego Diaz
CC 1030530654
Coordinador Unidades Productivas

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: 025-2025 del 14 de febrero de 2025
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: 17 de febrero de 2025
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31 de diciembre de 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de doce (12) días calendarios y diez (10) meses, sin que pueda exceder del 31 de diciembre de 2025, previa expedición del Registro Presupuestal, afiliación e inicio de cobertura ARL y aprobación de pólizas requeridas por parte del ordenador del gasto.
FORMA DE PAGO: El valor del contrato será hasta por la suma **TREINTA Y UN MILLONES OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M.CTE. ($31.083.863),** suma que el **INCI** pagará así:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de **DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M.CTE ($2.988.833),** por valor de **UN MILLON CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M.CTE ($1.195.533),** por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el treinta (30) del primer mes.

2. Diez pagos iguales por mes por un valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M.CTE ($2.988.833).**

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ZCHARDY
DOCUMENTO: 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. 3 DE 11
PERIODO: Del 1 de abril al 30 de abril de 2025
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **23.08%**

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	CUMPLE / NO CUMPLE
1	Realizar los procesos de impresión en braille en la pinza heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.	CUMPLE
2	Realizar los procesos de corte de papel en la guillotina graphcut y polar de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.	CUMPLE
3	Realizar los procesos de impresión offset en máquinas rotativas heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.	CUMPLE
4	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
5	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
6	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
7	Reportar y mantener actualizados los registros de producción en el software en el software o soporte determinado para tal fin.	CUMPLE
8	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.	CUMPLE
9	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
10	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
11	Conocer, para hacer correcto uso de los insumos y materias primas, evitando la mala utilización y disposición de las mismas.	CUMPLE
12	Hacer uso de los elementos de protección personal requeridos durante la ejecución del objeto contractual.	CUMPLE
13	Mantener el puesto de trabajo en perfecto orden y aseo.	CUMPLE
14	Permanecer dentro de la planta y en el equipo cuando este se encuentre en mantenimiento.	CUMPLE
15	Evitar el daño de más del 40% (cuarenta por ciento) del material desarrollado.	CUMPLE
16	Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato.	CUMPLE

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Alfabetos OP 901	Terminado
Kit de familia educación OP 903	Terminado
Cartilla accesible dotación OP 908	Terminado
Cartilla Bancamia OP 911	Terminado
Cuaderno 50 Hojas OP 876	En proceso
Esto dijo el armadillo OP 824	Terminado
Aprendamos a contar 1 OP 925	En proceso
Estenografia inglesa OP926	En proceso
Hojas braille OP898	Terminado
Cartilla accesible dotación OP 909	Terminado
Plantilla electoral alcalde aparto OP 906,912	Terminado
Facturas publicas OP 921	Terminado
Cartilla ayudando a crecer a mi hijo OP913	Terminado
Cartilla baja visión OP 914	Terminado
Cuadernos 80hojas OP 874	Terminado
Cartilla orientación y movilidad OP 931	En proceso
Folletos servicios inci OP 936	En proceso
Cartilla desamores profundos OP 939	Terminado
Cartilla Jaimito explorador OP 940	Terminado
Alfabeto OP 901	Terminado
Clise farmaceutico Prolanz OP 927	Terminado
Plantillas electorales OP 943	Terminado
Folleto mapa Corferias OP947	Terminado

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

NOMBRE: Liliam Rosario Urrego Diaz
CEDULA: 1030530654
CARGO: Grupo Unidades Productivas
DEPENDENCIA: Unidades Productivas

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

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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.

Liliam Rosario Urrego Diaz
CC 1030530654
Coordinador Unidades Productivas

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	86131673	$221.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	8.600	0	0	8.600	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	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	221.300	221.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19428948	JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY	Carrera 90C No 6A-67	3223364660	jorel.achardy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	86131673	$221.300	

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	2			N																		0	0	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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