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	035-2025	FECHA DEL CONTRATO	2/19/2025
FECHA DE INICIO	2/20/2025	FECHA DE FINALIZACIÓN	12/31/2025
PLAZO	10 meses y 9 días	TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
PÓLIZA	360-47-99400004251	FECHA APROBACIÓN PÓLIZA	2/19/2025
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales en locución y creación de contenidos radiales y digitales		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	Camilo Andres Garnica Coba		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	1,000,983,960
TELÉFONO	3023041648	CELULAR	3023041648
CORREO ELECTRÓNICO	camiloandresgarnica77@gmail.com		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Carrera 86 g #40 a 18 sur		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	BANCO	Caja social
NÚMERO DE CUENTA	24089998113		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	4925	FECHA CDP 1	2/17/2025
NÚMERO CDP 2		FECHA CDP 2	
NÚMERO RP 1	5525	FECHA RP 1	2/19/2025
NÚMERO RP 2		FECHA RP 2	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	35,979,260
ADICIÓN	$	-
VALOR TOTAL CONTRATO	$	35,979,260

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES			
NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1	001	3/5/2025	$ 1,047,940
2	002	4/3/2025	$ 3,493,132
3	003	5/6/2025	$ 3,493,132
4	004	6/6/2025	$ 3,493,132
5	005	7/4/2025	$ 3,493,132
6	006	8/11/2025	$ 3,493,132
7	007	9/4/2025	$ 3,493,132
8	008	10/3/2025	$ 3,493,132
9	009	11/10/2025	$ 3,493,132
10	010	12/4/2025	$ 3,493,132
11			
12			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 32,486,128

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO

NÚMERO DE PAGO	11	**DE**	11
PERIODO A PAGAR	diciembre	**VALOR A PAGAR**	$ 3,493,132.00
VALOR EN LETRAS	tres millones cuatrocientos noventa y tres mil ciento treinta y dos pesos		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**100.00%**
SALDO DEL CONTRATO			$ -

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO

NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	011	**FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO**	12/16/2025
RESPONSABLE DE IVA	No	**PORCENTAJE IVA**	0%
VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA	$3,493,132.00	**VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA**	$3,493,132.00

INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN

NÚMERO DE PLANILLA	92168174	**PERIODO DE APORTE**	Diciembre
FECHA DE PAGO	12/9/2025	**OPERADOR DE PAGO**	Mi Planilla
NIVEL DE RIESGO - ARL	1	**IBC**	$ 1,423,500
VALOR APORTE SALUD		$	178,000
VALOR APORTE PENSIÓN		$	227,800
VALOR APORTE ARL		$	7,500
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$	28,500
VALOR TOTAL PLANILLA		$	**441,800**
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	Karen Daniela León González		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	1024530919
TELÉFONO	3846666	**CELULAR**	3194083574
CARGO	Subdirectora general	**ÁREA**	Subdirección técnica
CORREO ELECTRÓNICO	sdireccion@inci.gov.co		
OBSERVACIÓN DEL PAGO	En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que cumple a cabalidad con lo pactado en el actual periodo de pago.		
FIRMA			
FECHA DE APROBACIÓN	Tuesday, December 16, 2025		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Carolina Vargas	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	Fabian Alvarado
Firma		Firma	
Fecha y hora	16-12-25 9:50	Fecha y hora	DIC 16/2025 9:31 AM

Bogotá D.C. 16 diciembre 2025

CUENTA DE COBRO
NÚMERO: 11 DE 11

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS - INCI -
NIT: 860.015.971-2

DEBE A: Camilo Andres Garnica Coba
Cedula de Ciudadanía Número: 1000983960

LA SUMA DE: ($3.493.132)
Tres millones cuatrocientos noventa y tres mil ciento treinta y dos pesos M/CTE

POR CONCEPTO DE: Prestar servicios profesionales en locución y creación de contenidos radiales y digitales.

Por el periodo comprendido: diciembre

Marque Si o No a los siguientes criterios utilizando una X entre los paréntesis.

1. Soy responsable del Impuesto a las ventas. Sí () No(x)
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.

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"

Camilo Garnica
Camilo Andrés Garnica Coba
C.C 1000983960

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: 035 2025
OBJETO: Prestar servicios profesionales en locución y creación de contenidos radiales y digitales.
FECHA DE INICIO: 20/02/2025
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31/12/2025
PLAZO DE EJECUCIÓN: 9 días y 10 meses
FORMA DE PAGO: Un primer pago proporcional sobre la base de tres millones cuatrocientos noventa y tres mil ciento treinta y dos mil pesos M/CTE. ($3.493.132) por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el último día del primer mes, esto es la suma de un millón cuarenta y siete mil novecientos cuarenta pesos M/CTE. ($1.047.940) y diez (10) mensualidades vencidas e iguales, cada una por suma de tres millones cuatrocientos noventa y tres mil ciento treinta y dos pesos M/CTE. ($3.493.132)

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Camilo Andres Garnica Coba
DOCUMENTO: 1000983960
CORREO ELECTRÓNICO: camiloandresgarnica77@gmail.com
CELULAR: 3023041648

4. INFORMACIÓN DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

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

INFORME No. 11 DE 11
PERIODO: diciembre
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 95.15%

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	CUMPLE/NO CUMPLE
1	Grabar, editar y realizar la producción y programas radiales semanales para la emisora virtual del Instituto Nacional para Ciegos.	Cumple
2	Realizar aportes, participar y/o conducir programas radiales en la emisora virtual INCIRadio. Esto incluirá la preparación, presentación y seguimiento del programa, así como la colaboración con otros miembros del equipo y la participación activa en la promoción y difusión del contenido emitido.	Cumple
3	Apoyar en las diferentes fases de grabación (preproducción, producción y postproducción) para las piezas del grupo radial y audiovisual.	Cumple
4	Realizar locución para los contenidos de INCIRadio y del centro audiovisual acordados por el supervisor.	Cumple
5	Apoyar en la creación artística y creativa de contemos para INCIRadio y el centro audiovisual.	Cumple
6	Realizar la producción artística para promos, cuñas, separadores pot y vestidos de INCIRadio.	Cumple
7	Verificar la distribución y el funcionamiento de los elementos utilizados (cámaras filmadoras, elementos de sonido, iluminación, programas de edición, micrófonos, grabadores, consolas, etc.) para programas radiales y videos en vivo o pregrabados.	Cumple
8	Actualizar contenido mural del streaming de INCIRadio	Cumple
9	Atender y servir la operación de las consolas de sonidos, grabadoras, cámaras, programas de edición, micrófonos y demás aparatos que se utilicen para controlar la calidad del sonido y	Cumple

	video, tanto en el estudio principal de la emisora INCIRadio y en exteriores (eventos), como para los contenidos del centro audiovisual.	
10	Subir y actualizar el contenido al sistema de streaming de la emisora virtual INCIRadio.	Cumple
11	Buscar y recolectar contenidos educativos y culturales para los diferentes programas de emisión de INCIRadio.	Cumple
12	Crear y publicar contenidos para la página web de INCIRadio www.inci.gov.co/inciradio.	Cumple
13	Colaborar y apoyar en todo lo que sea necesario y su supervisor le solicite relacionado con el área de producción radial y audiovisual, dentro y fuera de las instalaciones del INCI.	Cumple
14	Diligenciar el formato de emisión y producción de programas, el formato de calidad y registro de producciôn y emisión, y el 'listado histórico de programas.	Cumple
15	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 su contrato. En caso de desarrollarse, debe dejar evidencia del proceso realizado, según sea pertinente.	Cumple

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
4 programas urbano live	Terminado
5 programas mañanas inci	Terminado
2 programas tribuna inci	Terminado
3 programas Interactuando con la baja visión	Terminado
3 programas Libreta de apuntes	Terminado
1 programa Café cultural	Terminado

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	CUMPLE/NO CUMPLE
Atendidas oportunamente		
Atendidas vencidas		
Pendientes por responder		

APROBACIÓN SUPERVISOR
NOMBRE: Karen Daniela León González
CÉDULA: 1024530919
CARGO: Subdirectora general
DEPENDENCIA: Subdirección Técnica

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.

Asi 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.

Karen Daniela León González
C.C 1024530919

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: 035 2025
OBJETO: Prestar servicios profesionales en locución y creación de contenidos radiales y digitales.
FECHA DE INICIO: 20/02/2025
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31/12/2025
PLAZO DE EJECUCIÓN: 9 días y 10 meses
FORMA DE PAGO: Un primer pago proporcional sobre la base de tres millones cuatrocientos noventa y tres mil ciento treinta y dos mil pesos M/CTE. ($3.493.132) por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el último día del primer mes, esto es la suma de un millón cuarenta y siete mil novecientos cuarenta pesos M/CTE. ($1.047.940) y diez (10) mensualidades vencidas e iguales, cada una por suma de tres millones cuatrocientos noventa y tres mil ciento treinta y dos pesos M/CTE. ($3.493.132)

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Camilo Andres Garnica Coba
DOCUMENTO: 1000983960
CORREO ELECTRÓNICO: camiloandresgarnica77@gmail.com
CELULAR: 3023041648

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. 11 DE 11
PERIODO: diciembre
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 95.15%

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
01.	Grabar, editar y realizar la producción y programas radiales semanales para la emisora virtual del Instituto Nacional para Ciegos.	Grabación de los programas Tribuna inci, Urbano live, Mañanas inci, café cultural, baja visión y Libreta de apuntes.	**Back up INCIRadio**

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

02	Realizar aportes, participar y/o conducir programas radiales en la emisora virtual INCIRadio. Esto incluirá la preparación, presentación y seguimiento del programa, así como la colaboración con otros miembros del equipo y la participación activa en la promoción y difusión del contenido emitido.	Grabación de los programas Mañanas inci, Urbano live, Tribuna inci, Café cultural, Baja visión y Libreta de apuntes.	**Back up INCIRadio**
03	Apoyar en las diferentes fases de grabación (preproducción, producción y postproducción) para las piezas del grupo radial y audiovisual.	Preproducción, producción y postproducción de los programas de INCIRadio	**Back up INCIRadio**
04	Realizar locución para los contenidos de INCIRadio y del centro audiovisual acordados por el supervisor.	Locucion en los programas de INCIRadio	Back up INCIRadio
05	Apoyar en la creación artística y creativa de contemos para INCIRadio y el centro audiovisual.	Apoyo en la creación artística y creativa de contemos para INCIRadio.	**Back up INCIRadio**
06	Realizar la producción artística para promos, cuñas, separadores pot y vestidos de INCIRadio.	Realización artística para INCIRadio.	**Back up**
07	Verificar la distribución y el funcionamiento de los elementos utilizados (cámaras filmadoras, elementos de sonido, iluminación, programas de edición, micrófonos, grabadores, consolas, etc.) para programas radiales y videos en vivo o pregrabados.	Verificación de todos los equipos de grabación.	**Back up INCIRadio**
08	Actualizar contenido mural del	Actualización del	**Streaming**

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

	streaming de INCIRadio.	contenido mural.	
09	Atender y servir la operación de las consolas de sonidos, grabadoras, cámaras, programas **de edición, micrófonos y demás aparatos que se utilicen para controlar la calidad del sonido y video, tanto en el estudio principal de la emisora INCIRadio y en exteriores (eventos), como para los contenidos del centro audiovisual.**	Apoyo en grabación.	**Back up INCIRadio**
10	Subir y actualizar el contenido al sistema de streaming de la emisora virtual INCIRadio.	Actualización del streaming.	**Streaming**
11	Buscar y recolectar contenidos educativos y culturales para los diferentes programas de emisión de INCIRadio.	Recolección de información relevante para INCIRadio	**Back up INCIRadio.**
12	Crear y publicar contenidos para la página web de INCIRadio www.inci.gov.co/inciradio.	Creación de contenidos para la página web.	**Página web INCIRadio**
13	Colaborar y apoyar en todo lo que sea necesario y su supervisor le solicite relacionado con el área de producción radial y audiovisual, dentro y fuera de las instalaciones del INCI.	Colaboración en todo lo requerido por el supervisor	**Back up INCIRadio**
14	Diligenciar el formato de emisión y producción de programas, el formato de calidad y registro de producciôn y emisión, y el 'listado histórico de programas.	Diligenciamiento de todos los formatos	**Back up INCIRadio**
15	Realizar los procesos de	Proceso sin realizar	**Back up INCIRadio**

	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 su contrato. En caso de desarrollarse, debe dejar evidencia del proceso realizado, según sea pertinente.		

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Colocar en una fila cada uno de los productos	N/A

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
Atendidas oportunamente		
Atendidas vencidas		
Pendientes por responder		

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 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.

Camilo Garnica

Camilo Andres Garnica Coba
C.C. 1000983960

Aprobación supervisor

Karen Daniela León González – C.C. 1024530919, Subdirectora general del área de Subdirección técnica. En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista,

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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

Karen Daniela León González
C.C 1024530919

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	1000983960	CAMILO ANDRES GARNICA COBA		CALLE 4 C # 14 16	3023041648	CAMILOANDRESGARNICA77@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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92168174	$441.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

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	1000983960	CAMILO ANDRES GARNICA COBA	CALLE 4 C # 14 16	3023041648	CAMILOANDRESGARNICA77@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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92168174	$441.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilleno	Beneficio	Extranjero	Cuenta exterior	Sucursal	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1000983960	GARNICA COBA CAMILO ANDRES	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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