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	023 - 2026	**FECHA DEL CONTRATO**	22 de enero de 2026
FECHA DE INICIO	23 de enero de 2026	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	22 de Septiembre de 2026
PLAZO	8 meses	**TIPO DE CONTRATO**	Prestación de servicios
PÓLIZA	14-46-101162274	**FECHA APROBACIÓN PÓLIZA**	23 de enero de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios profesionales para la impresión braille en la Imprenta Nacional para Ciegos.		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	Nidia Rocio Munevar Garcia		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	1.030.602.691
TELÉFONO	4496626	**CELULAR**	3203529530
CORREO ELECTRÓNICO	rochimunevar@gmail.com		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Carrera 81 B # 6 C 62		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	**BANCO**	Banco Caja Social
NÚMERO DE CUENTA	24147498108		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	2826	**FECHA CDP 1**	21 de enero de 2026
NÚMERO CDP 2		**FECHA CDP 2**	
NÚMERO RP 1	3226	**FECHA RP 1**	23 de enero de 2026
NÚMERO RP 2		**FECHA RP 2**	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	33.009.080
ADICIÓN	$	-
VALOR TOTAL CONTRATO	$	33.009.080

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES			
NÚMERO DEL PAGO	**CUENTA DE COBRO O FACTURA**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR DE PAGO**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ -

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	1	**DE**	9
PERIODO A PAGAR	Desde el 23 al 30 de enero de 2026	**VALOR A PAGAR**	$ 1.100.302,67
VALOR EN LETRAS	UN MILLON CIEN MIL TRESCIENTOS DOS PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**3,33%**
SALDO DEL CONTRATO			$ 31.908.777,33

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
CUENTA DE COBRO	001 - 2026	**DE COBRO**	2/02/2026
RESPONSABLE DE IVA	No	**PORCENTAJE IVA**	0%
CUENTA DE COBRO ANTES	$1.100.302,67	**CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE**	$ 1.100.302,67

INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	8900588754	**PERIODO DE APORTE**	Enero
FECHA DE PAGO	31/01/2026	**OPERADOR DE PAGO**	ARUS (Enalce operatico)
NIVEL DE RIESGO - ARL	3	**IBC**	$ 466.908
VALOR APORTE SALUD		$	58.400
VALOR APORTE PENSIÓN		$	74.800
VALOR APORTE ARL		$	11.400
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$	-
VALOR TOTAL PLANILLA		**$**	**144.600**
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	LILIAM ROSARIO URREGO DIAZ		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	1030530654
TELÉFONO	601 3846666	**CELULAR**	3057991090
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 propias de sus funciones.		
FIRMA	Liliam R Urrego D		
FECHA DE APROBACIÓN	lunes, 2 de febrero de 2026		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Augusto Ojeda	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	Fabian Alvarado
Firma		Firma	
Fecha y hora	06-02-2026 11:51 am	Fecha y hora	Febrero 6/2026 11:42 AM

Bogotá D.C 02 de febrero del 2026

CUENTA DE COBRO No. 001-2026

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS – INCI
NIT: 860.015.971-2

DEBE A:

Nidia Rocio Munevar Garcia
C.C. 1030602691

LA SUMA DE: UN MILLÓN CIEN MIL TRESCIENTOS DOS PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE. ($1.100.302,67)

POR CONCEPTO DE:

Pago del contrato de Prestación de Servicios No. 023-2026, cuyo objeto es: Prestación de servicios profesionales para la impresión braille en la Imprenta Nacional para Ciegos.

Por el periodo comprendido entre el 23 y el 30 de enero de 2026.

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.

Nidia Rocio Munevar Garcia
C.C. 1030602691

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS	Formato: Carta Tributaria	Código: SG-110-FM-255
		Versión: 3
	Proceso: Financiero	Vigencia: 12/04/2021

INFORMACIÓN GENERAL	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Nidia Rocío Munevar García
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1030602691
DIRECCIÓN	Cra 81B #6C - 62
CIUDAD	Bogotá
CORREO ELECTRÓNICO	rochimunevar@gmail.com
CELULAR	3203529530

RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA	
Soy responsable de impuesto a las ventas IVA (Antes régimen común)	NO
Estoy obligado a expedir factura de venta de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 437 y 615 del Estatuto Tributario	No
He contratado o vinculado a dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad realizada, durante el año gravable inmediatamente anterior y para la ejecución de mis labores, por al menos 90 días continuos o discontinuos. (Parágrafo 2 art. 383 E.T)	No
Pertenezco al Régimen Simple de Tributación	No
Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior.	NO

BENEFICIOS TRIBUTARIOS

TIPO DE BENEFICIO	SOPORTES	APLICA
Intereses de Vivienda	Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.	No
Medicina Prepagada	Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.	No
Dependientes	a) Para hijos menores de 18 años, anexar copia del registro civil. b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, anexar copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos anexar certificación de Medicina Legal. d) Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud. e) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar Certificación anual de Contador Público.	No

RELACIÓN DE DEPENDIENTES	
NOMBRE DEPENDIENTE	N/A
IDENTIFICACIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO	
PARENTESCO	
CALIDAD DE DEPENDIENTE	
Intereses por préstamos educativos Icetex	Copia del certificado expedido por el ICETEX correspondiente al año inmediatamente anterior.
Aportes voluntarios a Fondo de Pensiones Voluntarias	Copia del certificado expedido por el Fondo de Pensiones Voluntarias correspondiente al año inmediatamente anterior.
Aportes a cuentas AFC /AVC	Copia del certificado expedido por la entidad financiera donde se tiene la cuenta o del Fondo Nacional del Ahorro (respectivamente) correspondiente al año inmediatamente anterior.
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que la información consignada en el presente formato es real y fidedigna, así como los soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL corresponden a los ingresos provenientes del presente contrato, en cumplimiento del parágrafo del artículo 65 del Decreto 806 de 1998 y el artículo 2.2.4.2.2.9 del Decreto 1072 de 2015.	
FIRMA	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	lunes, 2 de febrero de 2026

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: **023 del 23 de enero de 2026**
OBJETO: Prestación de servicios profesionales para la impresión braille en la Imprenta Nacional para Ciegos
FECHA DE INICIO: 23 de Enero de 2026
FECHA DE FINALIZACIÓN: 22 de Septiembre de 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de ocho (8) meses, término que comienza a contarse a partir del perfeccionamiento del contrato, el inicio de cobertura en el sistema general de riesgos laborales, aprobación de las garantías y la expedición del certificado registro presupuestal, requisitos necesarios para su ejecución de conformidad con el Artículo 23 Ley 1150 del 2007."

FORMA DE PAGO: El valor mensual del contrato será hasta por la suma CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135), el cual el INCI pagará así:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135) incluido iva, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el día 30 del primer mes.
2. Siete pagos por valor de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135), incluido iva.
3. Y un último pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135), por los días ejecutados desde el 01 de septiembre hasta la fecha de terminación del contrato.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: NIDIA ROCIO MUNEVAR GARCIA
DOCUMENTO: C.C No. 1030602691
CORREO ELECTRÓNICO: rochimunevar@gmail.com
CELULAR: 3203529530

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 01 DE 08
PERIODO: Desde el 23 al 30 de enero de 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **3.33%**

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
1	Realizar las actividades de impresión en las máquinas digitales braille (Everest) y braille (Box) de la Imprenta Nacional para Ciegos, según las órdenes de producción asignadas.	Se realizaron las siguientes actividades asociadas a las siguientes OP: **OP 1187** Facturas de CADENA_Ciclo_J_K_D4_LC_ L 20 hojas Tarjetón de alcalde Ponedera 10 hojas INSTRUCCIONES PARA HACER SU ELECCIÓN _ alcalde Ponedera_ 9 hojas Cartillas de votación Registraduría Primer entregable para aprobación por la registraduría. 7 cartillas **OP 1186** Facturas_ENEL_Ciclo_13_14_ _15_16 **OP 1187** Facturas_CADENA_Ciclo_M_ N **OP 1032** Libro: Alguien del barrio me contó Pág 21 22 Cartillas de votación Registraduría Entregable con correcciones de la registraduría.	**Evidencia:** **Orden de producción** **OP 1187** Facturas CADENA Tarjetón de alcalde- Ponedera Instructivo instrucciones de votación alcalde Ponedera Cartillas de votación **OP 1186** Facturas Enel **OP 1032 Alguien** del barrio me contó Pág: 21-22 Registro fotográfico de cada tarea subido en el drive **Ubicación:** **Archivo digital imprenta.**

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
2	Reportar y actualizar los registros de producción en el software, sistema o soporte dispuesto para tal fin.		**Evidencia:** **Orden de producción** Formato reporte diario de producción INEDITTO **Ubicación:** **Archivo digital imprenta**
3	Brindar apoyo en la ejecución de actividades operativas manuales del proceso productivo, que se asignen en la orden de producción, para la elaboración de materiales especializados en la Imprenta.	Se apoyó en la organización de las cartillas de votación para aprobación de la Registraduría.	**Evidencia:** **Orden de producción** **OP** Cartillas de votación Formato reporte diario de producción INEDITTO Ubicación: Archivo digital imprenta
4	Brindar apoyo en la ejecución de actividades operativas en las máquinas de la imprenta, tales como: cosedora bostich y semiautomática, perforadora manual y/o mecánica, anilladora, encoladora Honner y termoformadoras, en el marco del desarrollo de las órdenes de producción y apoyar cuando se requiera.		**Evidencia:** **Orden de producción**
5	Apoyar en la verificación de la calidad de impresión de los documentos en braille conforme a la orden de producción y reportar, a través de la bitácora correspondiente y según el procedimiento establecido, los hallazgos de baja calidad,	Se realiza una revisión de las facturas y Cartillas de votación.	**Evidencia:** **Orden de producción** Se valida que las facturas y Cartillas estén en perfecto estados, no presenten hendiduras en Braille y que el papel esté en óptimas condiciones

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
	imperfectos o pérdidas de material que se presenten.		
6	Realizar la revisión del material producido en braille, garantizando que cumpla con lo solicitado en las órdenes de producción.	Se utilizan EPP asignados para la impresión en Braille.	**Evidencia: Orden de producción** Se envía evidencia al drive carpeta octubre
7	Brindar apoyo a los diseñadores en los procesos de diseño, impresión y demás actividades inherentes cuanto esto se requiera.	Se apoyó en los ajustes correspondientes Cartillas de votación Registraduría Primer entregable para aprobación por la registraduría y en los entregables finales.	**Evidencia: Orden de producción** **OP** Cartillas de votación
8	Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual y se desarrollen dentro del marco legal aplicable.	Capacitación de uso de aplicación DUXBURY a cargo del señor Enrique. Capacitación de la nueva impresora RICOH Pro 8400s Capacitación de máquina de corte láser Epilog	**Evidencia: Orden de producción** Se firma el acta de la capacitación correspondiente en cada una de las capacitaciones

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Facturas CADENA Ciclo_J_K_D4_LC_L	Finalizado
Cartillas de votación Registraduría Primer entregable para aprobación por la registraduría.	Finalizado
Facturas ENEL_ Ciclo_13_14__15_16	Finalizado
Facturas CADENA_Ciclo_M_N	Finalizado
Alguien del barrio me contó Pág 21-22	Finalizado
Cartillas de votación Registraduría Entregable con correcciones de la registraduría.	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.

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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

Nidia Rocio Munevar Garcia
CC 1030602691
Contratista

Aprobación supervisor
Liliam rosario Urrego Diaz 1030530654 Profesional Especializada 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

Liliam rosario Urrego Diaz
CC 1.030.530.654
Supervisor del contrato.

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: **023 del 23 de enero de 2026**

OBJETO: Prestación de servicios profesionales para la impresión braille en la Imprenta Nacional para Ciegos.
FECHA DE INICIO: 23 de Enero de 2026
FECHA DE FINALIZACIÓN: 22 de Septiembre de 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de **ocho (8) meses**, término que comienza a contarse a partir del perfeccionamiento del contrato, el inicio de cobertura en el sistema general de riesgos laborales, aprobación de las garantías y la expedición del certificado registro presupuestal, requisitos necesarios para su ejecución de conformidad con el Artículo 23 Ley 1150 del 2007."

FORMA DE PAGO: El valor mensual del contrato será hasta por la suma CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135), el cual el INCI pagará así:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135) incluido iva, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el día 30 del primer mes.
2. Siete pagos por valor de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135), incluido iva.
3. Y un último pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS MCTE. ($ 4.126.135), por los días ejecutados desde el 01 de septiembre hasta la fecha de terminación del contrato.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: NIDIA ROCIO MUNEVAR GARCIA
DOCUMENTO: C.C No. 1030602691
CORREO ELECTRÓNICO: rochimunevar@gmail.com
CELULAR: 3203529530

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 01 DE 08
PERIODO: Desde el 23 al 30 de enero de 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **3.33%**

#	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	CUMPLE/NO CUMPLE
1	Realizar las actividades de impresión en las máquinas digitales braille (Everest) y braille (Box) de la Imprenta Nacional para Ciegos, según las órdenes de producción asignadas.	CUMPLE
2	Reportar y actualizar los registros de producción en el software, sistema o soporte dispuesto para tal fin.	CUMPLE
3	Brindar apoyo en la ejecución de actividades operativas manuales del proceso productivo, que se asignen en la orden de producción, para la elaboración de materiales especializados en la Imprenta.	CUMPLE
4	Brindar apoyo en la ejecución de actividades operativas en las máquinas de la imprenta, tales como: cosedora bostich y semiautomática, perforadora manual y/o mecánica, anilladora, encoladora Honner y termoformadoras, en el marco del desarrollo de las órdenes de producción y apoyar cuando se requiera.	CUMPLE
5	Apoyar en la verificación de la calidad de impresión de los documentos en braille conforme a la orden de producción y reportar, a través de la bitácora correspondiente y según el procedimiento establecido, los hallazgos de baja calidad, imperfectos o perdidas de material que se presenten.	CUMPLE
6	Realizar la revisión del material producido en braille, garantizando que cumpla con lo solicitado en las órdenes de producción.	CUMPLE
7	Brindar apoyo a los diseñadores en los procesos de diseño, impresión y demás actividades inherentes cuanto esto se requiera.	CUMPLE
8	Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual y se desarrollen dentro del marco legal aplicable.	CUMPLE

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Facturas CADENA Ciclo_J_K_D4_LC_L	Finalizado
Cartillas de votación Registraduría Primer entregable para aprobación por la registraduría.	Finalizado
Facturas ENEL_ Ciclo_13_14__15_16	Finalizado
Facturas CADENA_Ciclo_M_N	Finalizado
Alguien del barrio me contó Pág 21-22	Finalizado
Cartillas de votación Registraduría Entregable con correcciones de la registraduría.	

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: *LILIAM ROSARIO URREGO DIAZ*
CÉDULA: *1030530654*
CARGO: *Profesional Especializado*
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

Liliam Rosario Urrego Díaz
CC: 1030530654
Profesional Especializado 2028 Grado 14
Coordinadora Grupo Unidades Productivas

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-02, 10:52:01 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 83314483

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8900588754

PAGADO 02/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NIDIA ROCIO MUNEVAR GARCIA		
Documento	CC1030602691	**Dirección**	CR 0 #0 - 0
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1030602691	NIDIA ROCIO MUNEVAR GARCIA	59	00	X																0	8	8	8	0	(230301) PORVENIR	$ 466.908	$ 74.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 466.908	$ 58.400	2,436	$ 466.908	$ 11.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 144.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 466.908	$ 466.908	$ 466.908	$ 0	$ 74.800	$ 58.400	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 144.600	$ 0	$ 144.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

EXPERTOS en PILA

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.