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	013-2026	**FECHA DEL CONTRATO**	19 de enero de 2026
FECHA DE INICIO	20 de enero de 2025	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	19 de septiembre de 2026
PLAZO	8 meses	**TIPO DE CONTRATO**	Prestación de servicios
PÓLIZA	14-46-101159874	**FECHA APROBACIÓN PÓLIZA**	20 de enero de 2026
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	2226	**FECHA CDP 1**	16 de enero de 2026
NÚMERO CDP 2		**FECHA CDP 2**	
NÚMERO RP 1	2126	**FECHA RP 1**	20 de enero de 2026
NÚMERO RP 2		**FECHA RP 2**	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL

VALOR INICIAL CONTRATO	$	29,600,000
ADICIÓN	$	-
VALOR TOTAL CONTRATO	$	29,600,000

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES

NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1	001-2026	10/03/2026	$ 1,356,667.67
2	002-2026	11/03/2026	$ 3,700,000.00
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 5,056,667.67

Bogotá D.C, 01 de abril del 2026

CUENTA DE COBRO No. 003-2026

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS –INCI
NIT: 860.015.971-2

DEBE A:

Jorge Eliecer Ruiz Achardy
C.C. 19.428.948

TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.CTE ($3.700.000)

POR CONCEPTO DE:

Pago del contrato de Prestación de Servicios No. 013-2026, 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 01 al 30 de marzo de 2026.

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 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: 013 – 2025 del 19 de enero de 2026

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: 20 de enero de 2026

FECHA DE FINALIZACIÓN: 19 de septiembre de 2026

PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de la ejecución de la presente contratación será de (8) meses terminó que empezará 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 de registro presupuestal, requisitos necesarios para su ejecución de conformidad con el articulo 23 ley 1150 de 2007.

FORMA DE PAGO: El valor del contrato será hasta por la suma **VEINTINUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M.CTE. ($29.600.000),** suma que el **INCI** pagará así:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.CTE ($3.700.000),** incluida IVA, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el treinta (30) del primer mes.

2. Siete pagos iguales por mes por un valor de **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.CTE ($3.700.000).**

3. Y un último pago proporcional sobre la base **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.CTE ($3.700.000),** incluido IVA, por los días ejecutados desde el 01 de septiembre hasta la fecha de terminación del contrato.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ZCHARDY
DOCUMENTO: 19.428.948
CORREO ELECTRÓNICO: jorel.achardy@gmail.com
CELULAR: 3223364660

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Finalización de Tarjetones electorales	Finalizado
Refile de portadas aprendamos a leer	Finalizado
Perforación y armado de agendar (papel retal disponible para tal fin)	En Proceso
Reposiciones Cartilla Tuya Éxito	Finalizado

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: Ana María Calderón Cardona
CEDULA: 1035920231
CARGO: Asesor Cód. 1020 Grado 07
DEPENDENCIA: Jefe Oficina Comunicaciones

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.

Ana Calderón C.

Ana María Calderón Cardona
CC 1035920231
Jefe Oficina Comunicaciones - Asesor Cód. 1020 Grado 07

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: 013 – 2025 del 19 de enero de 2026

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: 20 de enero de 2026

FECHA DE FINALIZACIÓN: 19 de septiembre de 2026

PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de la ejecución de la presente contratación será de (8) meses terminó que empezará 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 de registro presupuestal, requisitos necesarios para su ejecución de conformidad con el articulo 23 ley 1150 de 2007.

FORMA DE PAGO: El valor del contrato será hasta por la suma **VEINTINUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M.CTE. ($29.600.000),** suma que el **INCI** pagará así:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.CTE ($3.700.000),** incluida IVA, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el treinta (30) del primer mes.

2. Siete pagos iguales por mes por un valor de **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.CTE ($3.700.000).**

3. Y un último pago proporcional sobre la base **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.CTE ($3.700.000),** incluido IVA, por los días ejecutados desde el 01 de septiembre hasta la fecha de terminación del contrato.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: JORGE ELIECER RUIZ ZCHARDY
DOCUMENTO: 19.428.948
CORREO ELECTRÓNICO: jorel.achardy@gmail.com
CELULAR: 3223364660

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
	de materiales especializados en la Imprenta, cuando se requiera.	perforación y armado de agendar (papel retal disponible para tal fin) Reposiciones Cartilla Tuya Éxito	**N/A**
6	Verificar técnicamente la calidad de los productos impresos en braille y elaborar los respectivos reportes técnicos de 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	Participar, cuando sea requerido, en espacios de capacitación o actualización técnica relacionados con la impresión braille y procesos afines, con el fin de fortalecer la calidad de los productos entregables.	Se hace apoyo a personal de diseño para impresión digital y Braille.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
8	Elaborar y presentar los reportes de producción correspondientes, utilizando los soportes o herramientas definidos para tal fin.	N/A	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
9	Realizar, cuando sea requerido, actividades de transferencia de conocimiento y soporte documental relacionadas con los productos desarrollados en ejecución del contrato, dejando evidencia correspondiente.	Se atiende a todas las indicaciones y se realiza soporte.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
10	Elaborar y/o actualizar, cuando se requiera y en el marco del objeto contractual, documentos técnicos de métodos de operación asociados a las actividades desarrolladas, dejando la evidencia correspondiente.	N/A	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
11	Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual y se encuentren dentro del alcance de	Se realizan actividades solicitadas durante el mes.	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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.

Ana Calderón C.

Ana María Calderón Cardona
CC 1035920231
Jefe Oficina Comunicaciones
Asesor Cód. 1020 Grado 07

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 Casa 280	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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61996329	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$272.200	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	10.600	0	0	10.600	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	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	272.200	272.200

PAGADA

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