| 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 | $ 1.356.666,67 |
| 2 | 002-2026 | 11/03/2026 | $ 3.700.000,00 |
| 3 | 003-2026 | 07/04/2026 | $ 3.700.000,00 |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| TOTAL PAGOS ANTERIORES | | | $ 8.756.666,67 |

| INFORMACIÓN PRESENTE PAGO | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE PAGO | 4 | DE | 9 |
| PERIODO A PAGAR | Del 01 al 30 de abril 2026 | VALOR A PAGAR | $ 3.700.000,00 |
| VALOR EN LETRAS | TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE | | |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | | | 42,08% |
| SALDO DEL CONTRATO | | | $ 17.143.333,33 |

| INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO | 004-2026 | FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO | 04 de mayo de 2026 |
| RESPONSABLE DE IVA | No | PORCENTAJE IVA | 0% |
| VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA | $3.700.000,00 | VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA | $3.700.000,00 |

| INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE PLANILLA | 78409335 | PERIODO DE APORTE | Abril |
| FECHA DE PAGO | 29/04/2026 | OPERADOR DE PAGO | MI PLANILLA |
| NIVEL DE RIESGO - ARL | 3 | IBC | $ 1.750.905 |
| VALOR APORTE SALUD | | $ | 218.900 |
| VALOR APORTE PENSIÓN | | $ | - |
| VALOR APORTE ARL | | $ | 42.700 |
| VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | | $ | 10.600 |
| VALOR TOTAL PLANILLA | | $ | **272.200** |
| 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 | Ana María Calderón Cardona | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1035920231 |
| TELÉFONO | 601 3846666 | CELULAR | 3207540292 |
| CARGO | Asesor Código 1020 Grado 07 | ÁREA | Jefe Oficina Comunicaciones |
| CORREO ELECTRÓNICO | comunicaciones@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 | Ana Calderón C. | | |
| FECHA DE APROBACIÓN | 04 de mayo de 2026 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica | Sebastian Segura V | Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera | DIANA ARENAS |
| Firma | | Firma | |
| Fecha y hora | 04-05-2026 | Fecha y hora | 5/05/26 11:23 a.m. |

Bogotá D.C, 04 de mayo del 2026

**CUENTA DE COBRO No. 004-2026**

**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 abril 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

## 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.** 04 de 09
**PERIODO:** Del 01 de abril al 30 de abril de 2026
**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** **42,08%**

| No. | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS | CUMPLE / NO CUMPLE |
|---|---|---|
| 1 | Desarrollar actividades técnicas de impresión en Sistema Braille, utilizando la pinza Heidelberg, conforme a los requerimientos definidos por la Entidad en el marco del objeto contractual. | CUMPLE |
| 2 | Apoyar 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 | Apoyar 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 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 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. | CUMPLE |
| 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. | CUMPLE |
| 8 | Elaborar y presentar los reportes de producción correspondientes, utilizando los soportes o herramientas definidos para tal fin. | CUMPLE |
| 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. | CUMPLE |
| 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. | CUMPLE |
| 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 la prestación de servicios profesionales contratados. | CUMPLE |

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

| PRODUCTOS PACTADOS | ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS |
|---|---|
| Planos Hapticos – Filbo | Finalizado |
| Corte y Refile Planos Hapticos - Filbo | Finalizado |
| Refile de papel elecciones | En Proceso |
| Corte y finalizado de plantillas Tarjetone elecciones atípicas | Finalizado |
| Impresión Braille Tarjetones Presidenciales | En Proceso |

## 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

## 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.** 04 de 09
**PERIODO:** Del 01 de abril al 30 de abril de 2026
**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** **42,08%**

| No. | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES DESARROLLADAS | DOCUMENTO SOPORTE |
|---|---|---|---|
| 1 | Desarrollar actividades técnicas de impresión en Sistema Braille, utilizando la pinza Heidelberg, conforme a los requerimientos definidos por la Entidad en el marco del objeto contractual. | Impresión Braille Tarjetones Presidenciales | **Evidencia:** Archivo digital Imprenta<br><br>**Ubicación:** Archivo digital Imprenta |
| 2 | Apoyar los procesos de corte de papel en la guillotina GraphCut y Polar de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción. | Corte y Refile Planos Hapticos - Filbo<br>Refile de papel elecciones<br>Corte y finalizado de plantillas Tarjetones elecciones atípicas | **Evidencia:** Archivo digital Imprenta<br><br>**Ubicación:** Archivo digital Imprenta |
| 3 | Apoyar los procesos de impresión offset en máquinas rotativas Heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción. | Planos Hapticos – Filbo<br>Refile de papel elecciones<br>Corte y finalizado de plantillas Tarjetone elecciones atípicas<br>Impresión Braille Tarjetones Presidenciales | **Evidencia:** Archivo digital Imprenta<br><br>**Ubicación:** Archivo digital Imprenta |
| 4 | Apoyar las actividades 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**<br><br>**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. | Planos Hapticos – Filbo<br>Corte y Refile Planos Hapticos - Filbo<br>Refile de papel elecciones<br>Corte y finalizado de plantillas Tarjetone elecciones atípicas<br>Impresión Braille Tarjetones Presidenciales | **Evidencia:** Archivo digital Imprenta<br><br>**Ubicación:** Archivo digital Imprenta |
| 6 | Verificar técnicamente la calidad de los productos impresos en braille y elaborar los respectivos | Revisión de calidad sin novedades. | **Evidencia:** Archivo digital Imprenta |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | reportes técnicos de los hallazgos de baja calidad, imperfectos y perdidas de material que se presenten. | | **Ubicación:** Archivo digital Imprenta |
| 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:** Archivo digital Imprenta<br><br>**Ubicación:** Archivo digital Imprenta |
| 8 | Elaborar y presentar los reportes de producción correspondientes, utilizando los soportes o herramientas definidos para tal fin. | No fue necesario realizar reportes. | **Evidencia:** **N/A**<br><br>**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**<br><br>**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. | No fue necesario realizar documentos técnicos. | **Evidencia:** **N/A**<br><br>**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 la prestación de servicios profesionales contratados. | Se realizan actividades solicitadas durante el mes. | **Evidencia:** Archivo digital Imprenta<br><br>**Ubicación:** Archivo digital Imprenta |

| PRODUCTOS PACTADOS | ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS |
|---|---|
| Planos Hapticos – Filbo | Finalizado |
| Corte y Refile Planos Hapticos - Filbo | Finalizado |
| Refile de papel elecciones | En Proceso |
| Corte y finalizado de plantillas Tarjetone elecciones atípicas | Finalizado |

| | |
|---|---|
| Impresión Braille Tarjetones Presidenciales | En Proceso |

## 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**

Ana María Calderón Cardona identificada con cédula de ciudadanía No. 1035920231, Jefe la Oficina de 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.

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 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 |
| | | 78409335 | 29/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | 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 | Incapacidades | | Aportes Otros | Valor Neto | Días | Valor Mora | Subtotal | No. Radicado | Valor Saldo a | Fondo | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Obligatoria | No. Autorización | Valor | Sistemas | Cotización | Mora | Cotización | Cotización | Saldo a Favor | Favor | Solidaridad | | |
| 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

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 |
| | | 78409335 | 29/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $1,750,905 | $272.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Colsanitas | Soltrópico | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | 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 | 0 | EPS005 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-23 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | CCF21 | 1.750.905 | 30 | 10.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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