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	004-2026	08/05/2026	$ 3.700.000,00
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 12.456.666,67

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	5	**DE**	9
PERIODO A PAGAR	Del 01 al 30 de mayo 2026	**VALOR A PAGAR**	$ 3.700.000,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**54,58%**
SALDO DEL CONTRATO			$ 13.443.333,33

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	005-2026	**FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO**	01 de junio 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	86665259	**PERIODO DE APORTE**	Mayo
FECHA DE PAGO	01/06/2026	**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	03 de junio de 2026		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Geraldine Vega	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	Marcela Ohn
Firma		Firma	Marcela Ohn
Fecha y hora	03-06-26 2:08	Fecha y hora	03-6-26 12:45 pm

Bogotá D.C, 01 de junio del 2026

CUENTA DE COBRO No. 005-2026

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 mayo 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. 05 de 09
PERIODO: Del 01 de mayo al 30 de mayo de 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **54,58%**

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
Impresión Braille Tarjetones Presidenciales	Finalizado
Corte y Refile Tarjetones Presidenciales	Finalizado
Corte y Refile Calendarios INCI	Finalizado
Impresión Braille Calendarios INCI	Finalizado
Cartilla Min Igualdad	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

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. 05 de 09
PERIODO: Del 01 de mayo al 30 de mayo de 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **54,58%**

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 Impresión Braille Calendarios INCI	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **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 Tarjetones Presidenciales Corte y Refile Calendarios INCI Corte y Refile Cartilla Min Igualdad	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **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.	Cartilla Min Igualdad	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **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** **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.	Impresión Braille Tarjetones Presidenciales Corte y Refile Tarjetones Presidenciales Corte y Refile Calendarios INCI Impresión Braille Calendarios INCI Cartilla Min Igualdad	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **Ubicación:** Archivo digital Imprenta
6	Verificar técnicamente la calidad de los productos impresos en braille y elaborar los respectivos reportes técnicos de los hallazgos	Revisión de calidad sin novedades.	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **Ubicación:**

	de baja calidad, imperfectos y perdidas de material que se presenten.		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 **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** **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.	No fue necesario realizar documentos técnicos.	**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 la prestación de servicios profesionales contratados.	Se realizan actividades solicitadas durante el mes.	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **Ubicación:** Archivo digital Imprenta

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Impresión Braille Tarjetones Presidenciales	Finalizado
Corte y Refile Tarjetones Presidenciales	Finalizado
Corte y Refile Calendarios INCI	Finalizado
Impresión Braille Calendarios INCI	Finalizado
Cartilla Min Igualdad	Finalizado

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

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
		86665259	01/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	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

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
		86665259	01/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,750,905	$272.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
).	Tipo y Número 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	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
	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