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	005-2026	09/06/2026	$ 3.700.000,00
6	006-2026	08/07/2026	$ 3.700.000,00
7			
8			
9			
10			
11			
12			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 19.856.666,67

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	7	**DE**	9
PERIODO A PAGAR	Del 01 al 30 de julio 2026	**VALOR A PAGAR**	$ 3.700.000,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**79,58%**
SALDO DEL CONTRATO			$ 6.043.333,33

INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	007-2026	**FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO**	03 de agosto 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	93672927	**PERIODO DE APORTE**	Julio
FECHA DE PAGO	23/07/2026	**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	lunes 3 de agosto de 2026		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Carolina Vera	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	DIANA ARCHILA R.
Firma		Firma	
Fecha y hora	04-08-26 2:45	Fecha y hora	04-08/26 2:30

Bogotá D.C, 03 de agosto del 2026

CUENTA DE COBRO No. 007-2026

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 julio 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. 07 de 09
PERIODO: Del 01 de julio al 30 de julio de 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **79,58%**

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

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Corte, Refile y Perforación de Agendas INCI contenido y portadas. Corte y Refile de papel para Afiches	Finalizado 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. 07 de 09
PERIODO: Del 01 de julio al 30 de julio de 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **79,58%**

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.	En este mes no se realizaron actividades técnicas de impresión en la pinza Heidelberg.	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A
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.	Durante el período reportado se realizó el corte del material correspondiente al contenido y las portadas de las agendas INCI, el corte de papel para la producción de afiches y el refile final de materiales impresos, garantizando la precisión de las dimensiones requeridas y el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por la Entidad.	**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.	En este mes no se realizaron actividades técnicas de impresión en la pinza Heidelberg.	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A
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.	Durante el período reportado se brindó apoyo en la operación de la máquina cosedora para el proceso de elaboración de las agendas INCI, garantizando una adecuada unión de los cuadernillos y el cumplimiento de las especificaciones técnicas y los estándares de calidad establecidos para el producto final.	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **Ubicación:** Archivo digital Imprenta
5	Realizar las labores operativas manuales del proceso productivo,	Durante el período reportado se ejecutaron actividades	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta

	que se asignen en la orden de producción, para la elaboración de materiales especializados en la Imprenta, cuando se requiera.	manuales para la elaboración de las agendas INCI, apoyando el alzado, organización y ensamble de los materiales, de acuerdo con las especificaciones técnicas del proceso productivo y contribuyendo al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por la Entidad.	**Ubicación:** Archivo digital Imprenta
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.	Durante el período reportado se realizó el seguimiento al proceso de producción y el control de calidad de los materiales impresos, sin presentarse novedades que requirieran la elaboración de reportes por baja calidad o pérdidas de material.	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **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.	Durante el período reportado no fueron programadas ni asignadas actividades de capacitación relacionadas con esta obligación contractual	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**
8	Elaborar y presentar los reportes de producción correspondientes, utilizando los soportes o herramientas definidos para tal fin.	Durante el período reportado no se requirió la elaboración de reportes adicionales a los registros propios de las actividades desarrolladas en las órdenes de producción asignadas.	**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.	Durante el período reportado no fueron requeridas actividades de transferencia de conocimiento ni la elaboración de soporte documental adicional, manteniéndose la disponibilidad para atender dichas actividades cuando la Entidad lo disponga.	**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.	Durante el período reportado no fue requerida la elaboración o actualización de documentos técnicos relacionados con los métodos de operación; no obstante, se mantuvo la disponibilidad para apoyar esta actividad cuando la Entidad lo requiera, conforme a las	**Evidencia:** **N/A** **Ubicación:** **N/A**

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

		necesidades del proceso.	
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.	Durante el período reportado se brindó apoyo en la adecuación de la planta de impresión mediante el traslado y reorganización de maquinaria para optimizar los espacios de trabajo, así como en la realización del inventario de las máquinas de la imprenta y la organización del área de trabajo, contribuyendo al adecuado funcionamiento de los procesos productivos y al mantenimiento de condiciones óptimas para la operación.	**Evidencia:** Archivo digital Imprenta **Ubicación:** Archivo digital Imprenta

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Corte, Refile y Perforación de Agendas INCI contenido y portadas. Corte y Refile de papel para Afiches	Finalizado 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**

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

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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 Calderón C.

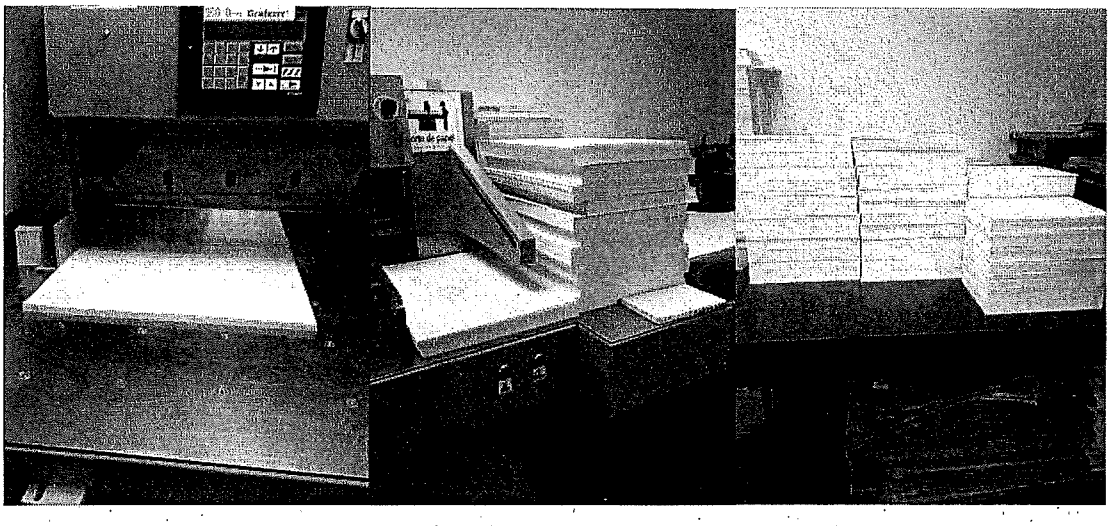
Ana María Calderón Cardona
CC 1035920231
Jefe Oficina Comunicaciones
Asesor Cód. 1020 Grado 07

EVIDENCIAS JULIO

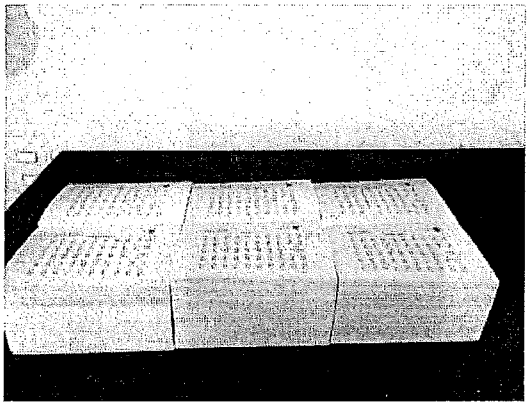
1. Desarrollar actividades técnicas de impresión en Sistema Braille, utilizando la pinza Heidelberg, conforme a los requerimientos definidos por la Entidad en el marco del objeto contractual.



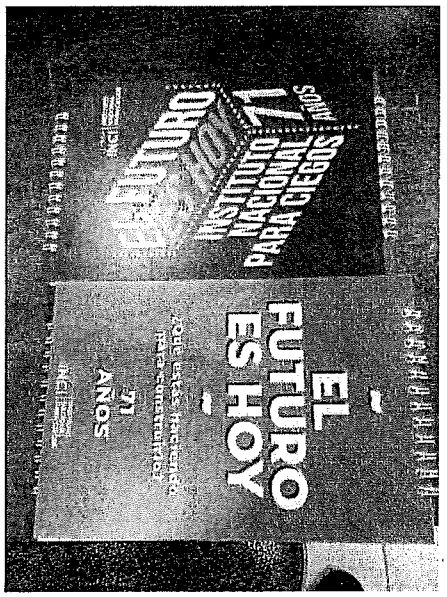
2. Apoyar los procesos de corte de papel en la guillotina GraphCut y Polar de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.



3. Apoyar los procesos de impresión offset en máquinas rotativas Heidelberg de acuerdo con el trabajo asignado en las órdenes de producción.



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.



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.



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.

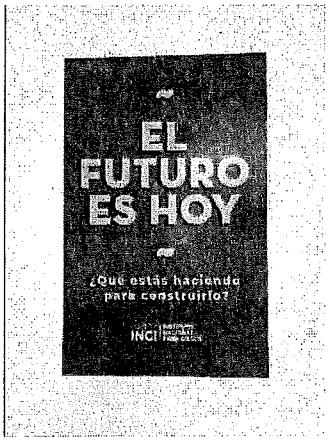
   Durante el período reportado se realizó el seguimiento al proceso de producción y el control de calidad de los materiales impresos, sin presentarse novedades que requirieran la elaboración de reportes por baja calidad o pérdidas de material, (los productos impresos en Braille son las evidencias que se reportan en las anteriores obligaciones.)

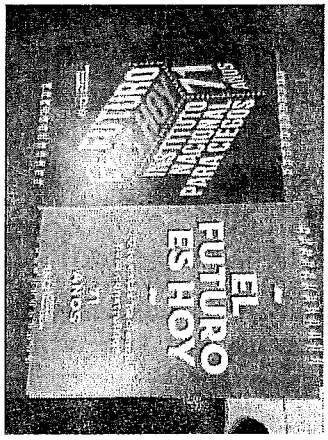


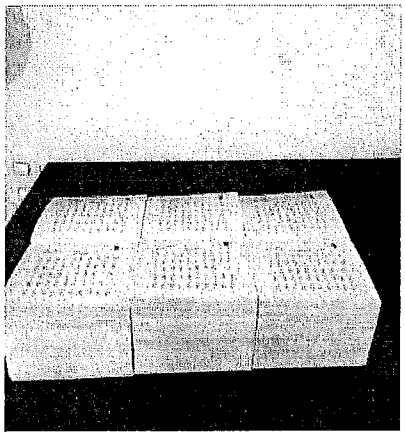
7. Participar, cuando sea requerido, en espacios de capacitación o actualización técnica relacionados con la impresión braille y procesos afines, con el fin de fortalecer la calidad de los productos entregables.



8. Elaborar y presentar los reportes de producción correspondientes, utilizando los soportes o herramientas definidos para tal fin.







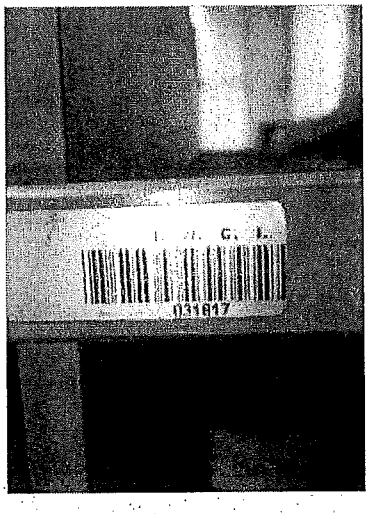
9. Realizar, cuando sea requerido, actividades de transferencia de conocimiento y soporte documental relacionadas con los productos desarrollados en ejecución del contrato, dejando evidencia correspondiente.

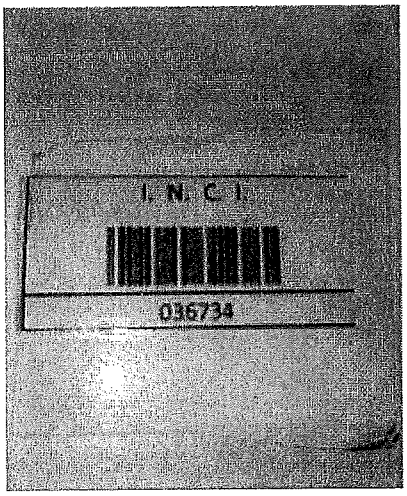
   Durante el período reportado no fueron requeridas actividades de transferencia de conocimiento ni la elaboración de soporte documental adicional, manteniéndose la disponibilidad para atender dichas actividades cuando la Entidad lo disponga. N/A

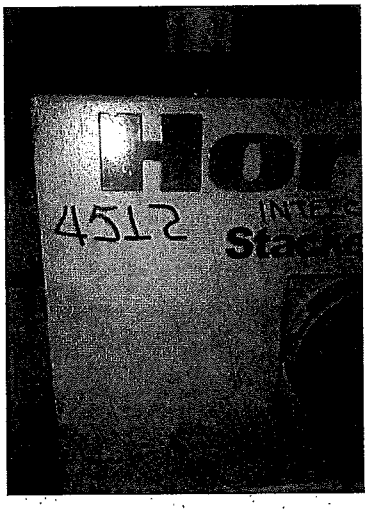
10. Elaborar y/o actualizar, cuando se requiera y en el marco del objeto contractual, documentos técnicos de métodos de operación asociados a las actividades desarrolladas, dejando la evidencia correspondiente.

Durante el período reportado no fue requerida la elaboración o actualización de documentos técnicos relacionados con los métodos de operación; no obstante, se mantuvo la disponibilidad para apoyar esta actividad cuando la Entidad lo requiera, conforme a las necesidades del proceso. 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.









compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	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
		93672927	23/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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	Calam	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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1047[illegible]948	JORGE ELIECER RUIZ ACHARDY	Carrera 90C No 6A A7 Casa 2PC	322[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	VALOR IBC UPC
		93[illegible]27	2[illegible]05	1	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	$1,[illegible]00	$2[illegible]	

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | |