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	003	FECHA DEL CONTRATO	2/19/2024
FECHA DE INICIO	22/1/2024	FECHA DE FINALIZACIÓN	12/31/2024
PLAZO	11 meses y 9 días	TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
PÓLIZA	340-47-994000050740	FECHA APROBACIÓN PÓLIZA	22/1/2024
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para realizar locución y producción de contenidos de la emisora virtual del Insituto Nacional para Ciegos-INCI		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	Henry Alonso Díaz Chacón		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	1,101,753,039
TELÉFONO		CELULAR	3114675849
CORREO ELECTRÓNICO	hediazchacon@gmail.com		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Carrera 54D #187-91 Mirandela 8 Interior 4, apartamento 401		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	BANCO	Banco AV Villas
NÚMERO DE CUENTA	0 20883075		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	1024	FECHA CDP 1	19/01/2024
NÚMERO CDP 2		FECHA CDP 2	
NÚMERO RP 1	824	FECHA RP 1	22/01/2024
NÚMERO RP 2		FECHA RP 2	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	41,424,150
ADICIÓN		
VALOR TOTAL CONTRATO	$	41,424,150

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES			
NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1	001	11/3/2024	$ 1,099,756
2	002	11/3/2024	$ 3,665,854
3	003	10/4/2024	$ 3,665,854
4	004	7/5/2024	$ 3,665,854
5	005	6/6/2024	$ 3,665,854
6	006	4/7/2024	$ 3,665,854
7	007	1/8/2024	$ 3,665,854
8	008	9/9/2024	$ 3,665,854
9	009	1/10/2024	$ 3,665,854
10	010	11/6/2024	$ 3,665,854
11	011	1/12/2024	$ 3,665,854
12			

Bogotá D.C. 16 diciembre 2024

CUENTA DE COBRO
NÚMERO:12 DE 12

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS - INCI -
NIT: 860.015.971-2

DEBE A: Henry Alonso Díaz Chacón
Cedula de Ciudadanía Número: 1.101.753.039

LA SUMA DE: **TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (3.665.854)**

POR CONCEPTO DE: Prestar servicios profesionales para realizar locución y producción de contenidos de la emisora virtual del Instituto Nacional para Ciegos-INCI

Por el periodo de diciembre de 2024

Marque Si o No a los siguientes criterios utilizando una X entre los paréntesis.

1. Soy responsable del Impuesto a las ventas. Sí () No(x)
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(X) No().

"El contratista se compromete a realizar las actividades en el tiempo que faltare de ejecución, so pena de la declaratoria de incumplimiento, ejecución de garantía, establecimiento de multas o demás instrumentos con los que cuente la entidad para hacer efectivo el cumplimiento"

ANEXO: Planilla de pagos de seguridad social e informe de actividades.

Henry Alonso Díaz Chacón
C.C 1101753039

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES - CONTRATISTA

1. DATOS BÁSICOS DEL FORMATO

Gestión Contractual	OAJ-102-FM-GC-0043	0001	12/12/2022

2. INFORMACIÓN CONTRATO

NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO: 003 2024
OBJETO: Prestar servicios profesionales para realizar locución y producción de contenidos de la emisora virtual del Instituto Nacional para Ciegos-INCI
FECHA DE INICIO: 22/01/2024
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31/12/2024
PLAZO DE EJECUCIÓN: once meses y nueve días
FORMA DE PAGO: Un primer pago proporcional sobre la base de **TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CIENCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (3.665.854)** por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el último día del primer mes, esto es la suma de **UN MILLÓN NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIES PESOS M/CTE (1.099.756).**

Y once (11) mensualidades vencidas e iguales, cada una por la suma de **TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($3.665.854)**

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Henry Alonso Díaz Chacón
DOCUMENTO: 1101753039
CORREO ELECTRÓNICO: hediazchacon@gmail.com
CELULAR: 3114675849

4. INFORMACIÓN DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

De conformidad con las obligaciones específicas pactadas en el contrato, me permito presentar informe de actividades:

INFORMENo.12 DE 12
PERIODO:1 al 16 de DICIEMBRE 2024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 91.15%

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
	contenidos para INCIRadio y el centro audiovisual.	creación de offs e ideas para los diferentes formatos de información que sean requeridos para difundir los mensajes de la entidad	**diario**
06	Producción artística para promos, cuñas, separadores, spot y vestidos de INCIRadio	Descarga de contenido necesario, para el desarrollo de las piezas y así mismo la producción de las mismas	**FOrmato seguimiento diario**
07	Supervisar la distribución y verificar el funcionamiento de los elementos utilizados (cámaras filmadoras, elementos de sonido, iluminación, programas de edición, micrófonos, grabadores, consolas, etc.) para programas radiales y videos en vivo o pregrabados.	Verificación constante de los equipos a utilizar para que la producción y creación de los contenidos sea impecable y a su vez cuidar de los equipos usados en la labor.	**Informe en formato de emisión y comunicación directa con la supervisora en caso de haber algún error**
08	Actualizar contenido musical del streaming de INCIRadio	Búsqueda y actualización constante de la música incluida en los espacios de comienzo y final de programas, así como en la programación regular de la emisora	**Streaming INCIRadio**
09	Atender y servir la operación de las consolas de sonidos, grabadoras, cámaras, programas de edición,	Atender el uso de los equipos de acuerdo a la necesidad solicitada por la subdirección y	**Diligenciar el formato de calidad y emisión si hay novedad escribirla e informar a la supervisora.**

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
	producción de programas, el formato de calidad y registro de producción y emisión y el listado histórico de programas.	incluirá con sus códigos correspondientes anotando si es periódico y si caduca la información	

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
Colocar en una fila cada uno de los productos	N/A

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
Atendidas oportunamente		
Atendidas vencidas		
Pendientes por responder		

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.

Henry Alonso Díaz Chacón
C.C. 1101753039

"El contratista se compromete a realizar las actividades en el tiempo que faltare de ejecución, so pena de la declaratoria de incumplimiento, ejecución de garantía, establecimiento de

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

FORMATO INFORME DE RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO - SUPERVISOR

1. DATOS BÁSICOS DEL FORMATO

Gestión Contractual	OAJ-102-FM-GC-0042	0001	12/12/2022

2. INFORMACIÓN CONTRATO

NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO: 003 2024
OBJETO: Prestar servicios profesionales para realizar locución y producción de contenidos de la emisora virtual del Instituto Nacional para Ciegos-INCI
FECHA DE INICIO: 22/01/2024
FECHA DE FINALIZACIÓN: 31/12/2024
PLAZO DE EJECUCIÓN: once meses y nueve días
FORMA DE PAGO: Un primer pago proporcional sobre la base de **TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CIENCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (3.665.854)** por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el último día del primer mes, esto es la suma de **UN MILLÓN NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIES PESOS M/CTE (1.099.756).**

Y once (11) mensualidades vencidas e iguales, cada una por la suma de **TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($3.665.854)**

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Henry Alonso Díaz Chacón
DOCUMENTO: 1101753039
CORREO ELECTRÓNICO: hediazchacon@gmail.com
CELULAR: 3114675849

4. INFORMACIÓN DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

De conformidad con las obligaciones específicas pactadas, me permito, en calidad de supervisor del contrato antes referido y teniendo como base la información y soportes contenidos o relacionados en el formato OAJ-102-FM-367 (Informe de actividades), presentado previamente por el contratista, certificar el cumplimiento de las obligaciones, asi:

INFORME No. 12 DE 12
PERIODO: 1 al 15 de DICIEMBRE de 2024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:91.15%

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
3 programas Voces INCI	Terminado
2 programa Biblioteca en Acción	Terminado
4 programas Usted Tiene la Palabra	Terminado
4 programas mañanas inci	Terminado
2 programas Punto RPM	Terminado
10 Piezas de producción	Terminado
6 Notas creadas y publicadas	Terminado

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	CUMPLE/NO CUMPLE
Atendidas oportunamente		
Atendidas vencidas		
Pendientes por responder		

APROBACIÓN SUPERVISOR

NOMBRE: Adriana Catalina Pardo García
CEDULA: 1.019.018.978
CARGO: Profesional Universitaria grado 07
DEPENDENCIA: Subdirección Técnica

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.

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

FORMATO SEGUIMIENTO CONTENIDOS RADIALES Y AUDIOVISUALES

1. DATOS BÁSICOS DEL FORMATO

Nombre del proceso	Código	Versión	Vigencia
Producción Radial y Audiovisual	SDT-125-PR-FM-0039	0001	09/12/2022

Este formato evidencia las actividades diarias de los responsables que hacen parte de las acciones de producción radial y audiovisual

Nombre funcionario Henry Alonso Díaz Chacón

Fecha 16 12 2024

Cantidad	Descripción del material/producto	Estado de Producción	Fecha de entreg (dd/mm/aa)
1 copy copy podcast	Datos películas de terror	completo	01 12 2024
1 grabación	grabación off	completo	01 12 2024
1 producción	producción podcast datos películas de terror que usted no conocía	completo	01 12 2024
10 noticias	información mañanas inci	completo	03 12 2024
1 grabación	Mañanas INCI especial artistas pop	Completo	03 12 2024
1 nota	Nota festival de cine para ciegos	completo	03 12 2024
1 nota	Nota sobre invitados planetario	completo	03 12 2024
1 grabación	grabación usted tiene la palabra	completo	03 12 2024
1 edición	Usted tiene la palabra navidad	completo	03 12 2024
1 off	Off y copy podcast Russel Crowe propuso a Hugh Jackman para ser WOlverine	completo	03 12 2024
1 producción	producción podcast Russel Crowe	completo	04 12 2024
1 grabación	grabación biblioteca en acción navidad	completo	04 12 2024
1 edición y montaje	Biblioteca en Acción Navidad	completo	04 12 2024
1 producción	producción podcast Hugh Jackman propuesto por Russel Crowe para ser WOlverine	completo	05 12 2024
1 copy	Copy podcast el VW Jetta de Jesse de rápido y furioso	completo	05 12 2024
1 producción	producción podcast qué pasó con el vW de Jesse de Rápido y furioso	completo	05 12 2024
1 producción	Promo festival de cine para ciegos	completo	09 12 2024
50 publicaciones	publicación redes sociales INCIRadio	completo	09 12 2024
1 copy	copy podcast Keanu reeves datos John Wick	completo	10 12 2024

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	1101753039	HENRY ALONSO DIAZ CHACON	CRA 54D #187-91 Mirandela 8	6016787509	hediazchacon@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82220956	$425.700	

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	183.300	0		0		0	0	0	0	183.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	234.700	0	0	0	0	0	0		234.700	1

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	7.700				7.700	0	0	7.700			77	7.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	183.300	183.300
Pensión	1	234.700	234.700
Riesgos Laborales	1	7.700	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	425.700	425.700

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	1101753039	HENRY ALONSO DIAZ CHACON	CRA 54D #187-91 Mirandela 8	6016787509	hediazchacon@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	08/11/2024	81618661	$425.700	

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	183.300	0		0		0	0	0	0	183.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	234.700	0	0	0	0	0	0		234.700	1

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	7.700				7.700	0	0	7.700			77	7.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	183.300	183.300
Pensión	1	234.700	234.700
Riesgos Laborales	1	7.700	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	425.700	425.700

PAGADA

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