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	025-2026	**FECHA DEL CONTRATO**	23/01/2026
FECHA DE INICIO	26/01/2026	**FECHA DE FINALIZACIÓN**	25/09/2026
PLAZO	8 Meses	**TIPO DE CONTRATO**	Prestación de servicios
PÓLIZA	994000060817	**FECHA APROBACIÓN PÓLIZA**	26/01/2026
OBJETO DEL CONTRATO	Brindar servicios profesionales especializados para la atención educativa de los estudiantes con discapacidad visual de las entidades territoriales asignadas		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	FABIO ADOLFO LEIVA VILORIA		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	1.044.427.736
TELÉFONO	3016468326	**CELULAR**	3016468326
CORREO ELECTRÓNICO	fleiva@inci.gov.co		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 43A#9-98		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	**BANCO**	Davivienda
NÚMERO DE CUENTA	26100726046		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	3426	**FECHA CDP 1**	22/01/2026
NÚMERO CDP 2	N.A.	**FECHA CDP 2**	N.A.
NÚMERO RP 1	3326	**FECHA RP 1**	23/01/2026
NÚMERO RP 2	N.A.	**FECHA RP 2**	N.A.

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	38.272.408
ADICIÓN		
VALOR TOTAL CONTRATO	$	38.272.408

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES

NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

12			
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ -
INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	1	**DE**	9
PERIODO A PAGAR	26/01/2026 al 30/01/2026	**VALOR A PAGAR**	$ 797.341,00
VALOR EN LETRAS	SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			**2,08%**
SALDO DEL CONTRATO			$ 37.475.067
INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	001	**FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO**	4/03/2026
RESPONSABLE DE IVA	No	**PORCENTAJE IVA**	0%
VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA	$ 797.341	**VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA**	$ 797.341
INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	9501001023	**PERIODO DE APORTE**	Enero
FECHA DE PAGO	4/03/2026	**OPERADOR DE PAGO**	Aportes en linea
NIVEL DE RIESGO - ARL	1	**IBC**	$ 291.818
VALOR APORTE SALUD		$	37.100
VALOR APORTE PENSIÓN		$	47.400
VALOR APORTE ARL		$	1.700
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$	-
VALOR TOTAL PLANILLA		$	**86.200**
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	Karen Daniela De Leon Gonzalez		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	**NÚMERO DE DOCUMENTO**	1024530919
TELÉFONO	N.A.	**CELULAR**	3194083574
CARGO	Subdirectora General	**ÁREA**	Subdirección Tecnica - Educación
CORREO ELECTRÓNICO	subdireccion@inci.gov.co		
OBSERVACIÓN DEL PAGO	En calidad de supervisor del contrato aquí relacionado, certifico que el contratista / proveedor del servicio, cumplió a satisfacción las obligaciones del contrato y los informes mensuales aprobados a través de la plataforma SECOP II junto con los requisitos legales necesarios, y apruebo realizar el pago del periodo correspondiente		
FIRMA			
FECHA DE APROBACIÓN	04 de febrero del 2026		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica	Carolina Vega.	Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	
Firma		Firma	
Fecha y hora	06-03-26 8:59	Fecha y hora	06-Febrero-2026 9:02 horas

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS	Formato: Carta Tributaria	Código: SG-111-FN-0087
		Versión: 0001
	Proceso: Financiero	Vigencia: 30/12/2022

INFORMACIÓN GENERAL	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	FABIO ADOLFO LEIVA VILORIA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1044427736
DIRECCIÓN	CALLE 43A#9-98
CIUDAD	BOGOTA
CORREO ELECTRÓNICO	FLEIVA@INCI.GOV.CO
CELULAR	3016468326

RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA (Seleccione en la celda de la columna aplica)	APLICA
Soy responsable de impuesto a las ventas IVA (Antes régimen común)	NO
Estoy obligado a expedir factura de venta de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 437 y 615 del Estatuto Tributario	NO
He contratado o vinculado a dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad realizada, durante el año gravable inmediatamente anterior y para la ejecución de mis labores, por al menos 90 días continuos o discontinuos. (Parágrafo 2 art. 383 E.T)	NO
Pertenezco al Régimen Simple de Tributación	NO
Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior.	NO

BENEFICIOS TRIBUTARIOS (Seleccione en la celda de la columna aplica)		
TIPO DE BENEFICIO	SOPORTES	APLICA
Intereses de Vivienda	Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.	NO
Medicina Prepagada	Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.	NO
Dependientes	a) Para hijos menores de 18 años, anexar copia del registr civil. b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, anexar copi de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos anexar certificación de Medicina Legal. d) Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañer (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud. e) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar	NO

RELACIÓN DE DEPENDIENTES	
NOMBRE DEPENDIENTE	
IDENTIFICACIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO	
PARENTESCO	
CALIDAD DE DEPENDIENTE	
Intereses por préstamos educativos Icetex	Copia del certificado expedido por el ICETEX correspondiente al año inmediatamente anterior.
Aportes Voluntarios a Fondo de Pensiones Voluntarias	Copia del certificado expedido por el Fondo de Pensiones Voluntarias correspondiente al año inmediatamente anterior.
Aportes a cuentas AFC /AVC	Copia del certificado expedido por la entidad financiera donde se tiene la cuenta o del Fondo Nacional del Ahorro (respectivamente) correspondiente al año inmediatamente anterior.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que la información consignada en el presente formato es real y fidedigna, así como los soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL corresponden a los ingresos provenientes del presente contrato, en cumplimiento del parágrafo del artículo 65 del Decreto 806 de 1998 y el artículo 2.2.4.2.2.9 del Decreto 1072 de 2015.

FIRMA	fabio leiva
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	miércoles, 4 de marzo de 2026

Bogotá D.C. 4 de marzo del 2026

CUENTA DE COBRO No.01

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

DEBE A:
Fabio Adolfo Leiva Viloria
C.C. No. 1044427736 de Puerto Colombia – Atlántico

LA SUMA DE
$ 797.341 (setecientos noventa y siete mil trecientos cuarenta y un peso mcte.)

POR CONCEPTO DE
Pago por la prestación de servicios del contrato No. 025 que tiene como objeto la prestación de servicios profesionales especializados para la atención educativa de los estudiantes con discapacidad visual de las entidades territoriales asignadas.

Por el periodo comprendido del 26/01/2026 hasta 30/01/2026

DECLARO QUE:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado
2. No soy responsable del Impuesto a las ventas
3. No estoy obligado expedir factura de venta según artículo 616-2 del Estatuto Tributario
4. No he subcontratado para la ejecución del presente contrato a 2 o más personas
5. Soy declarante de renta para el año anterior

Realizar el respectivo pago en la cuenta de ahorros del BANCO DAVIVIENDA No. 026100726046 a nombre de FABIO ADOLFO LEIVA VILORIA

ANEXOS. Planilla de pago de Seguridad Social mes de enero e informe de actividades aprobado.

FABIO LEIVA

Fabio Adolfo Leiva Viloria
C.C. 1044427736
Celular: 3016468326
Correo electrónico: fleiva@inci.gov.co

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1044427736		LEIVA VILORIA FABIO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 58 #18 - 25 CHAPINERO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3246776008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	112998510	9501001023	I	2026/02/10	2026/03/04	NEQUI	22	$86,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irl	Vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$291,818	$46,700			$291,818	$36,500			$0	$0			$291,818		$1,600		$0	$0		$84,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$291,818	$46,700			$291,818	$36,500			$0	$0			$291,818		$1,600		$0	$0		$84,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$291,818	$46,700			$291,818	$36,500			$0	$0			$291,818		$1,600		$0	$0		$84,800
1	CC	1044427736 LEIVA FABIO	X																	23020 1	5	$291,818	$46,700	EPS010	5	$291,818	$36,500		0	$0	$0	14-23	5	$291,818	0.522%	$1,600	0	$0	$0	No	$84,800
Total		**Afiliados(1)**																				$291,818	$46,700			$291,818	$36,500			$0	$0			$291,818		$1,600		$0	$0		$84,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,700	$700	$0	$47,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$46,700	$700	$0	$47,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$100	$0	$1,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,600	$100	$0	$1,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$600	$0	$37,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$36,500	$600	$0	$37,100
TOTAL				1	$84,800	$1,400	$0	$86,200

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: 025 – 23/ 01/2026
OBJETO: Brindar servicios profesionales especializados para la atención educativa de los estudiantes con discapacidad visual de las entidades territoriales certificadas asignadas.

FECHA DE INICIO: 26/01/2026
FECHA DE FINALIZACIÓN: 25/09/2026
PLAZO DE EJECUCIÓN: 8 meses.
FORMA DE PAGO: El valor mensual del contrato será hasta por la suma de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), el cual el INCI pagara así:

1. Un primer pago sobre la base de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), incluido IVA, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el día 30 del primer mes.
2. Siete pagos por la suma CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), incluido IVA.
3. Un último pago proporcional sobre la base CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), por los días ejecutados desde el 01 de septiembre hasta la fecha de terminación del contrato.

Dichos pagos se efectuarán dentro de los (30) días siguientes al recibido a satisfacción de las actividades según se especifique en las obligaciones, de acuerdo a la disponibilidad del PAC, siempre y cuando se entreguen los soportes respectivos para el pago, esto es, Por parte del contratista: I: Informe de actividades, II. Planilla paga de los pagos del sistema de seguridad social integral del mes inmediatamente anterior, Por parte del supervisor contractual: Formato Acta Única de Pago.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Fabio Adolfo Leiva Viloria
DOCUMENTO: 1044427736
CORREO ELECTRÓNICO: fleiva@inci.gov.co
CELULAR: 3016464326

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. 01 de 09

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PERIODO: Del 26 de enero al 30 de enero del 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: **2,08%**

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
1	Revisar y retomar la información reportada en los informes territoriales de la gestión realizada en años anteriores de los departamentos y municipios asignados, de conformidad con las indicaciones realizadas por la supervisión del contrato.	Se reviso las acciones reportadas en los informes territoriales de los años 2024 y 2025 en las ETC Funza – Virtual, Cúcuta – Virtual y Valledupar – Virtual, está pendiente avanzar en las demás ETC asignadas.	**Evidencia:** Matriz de seguimiento 2026. **Ubicación:** Carpeta de evidencia N°1.
2	Participar en las reuniones programadas por el INCI y el grupo de educación solo cuando se considere necesario para informar sobre las acciones realizadas o aportar en los procesos requeridos, de acuerdo con las necesidades específicas del contrato	En el presente mes participe en la reunión realizada el día 30/01/2026 programada por el grupo de educación del INCI.	**Evidencia:** Actas de reunión del equipo de educación. **Ubicación:** Carpeta de evidencia N°2.
3	Brindar asistencia técnica presencial y/o virtual a las secretarias de Educación, Regionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Entidades Territoriales Certificadas e Instituciones Educativas públicas y privadas del rural o urbana para la atención de niñas, niños, jóvenes y adultos con discapacidad visual de acuerdo con los departamentos y municipios asignados por la supervisión.	Se realiza asistencia técnica en las ETC **Valledupar** priorizada de forma virtual durante la presente vigencia 2026.	**Evidencia:** Informes de actividades **Ubicación:** Carpeta de evidencia No 3

4	Realizar asistencia técnica de acuerdo con las solicitudes que lleguen al equipo de educación, mediante atención al ciudadano.	Durante el presente mes no se realizaron acciones con relación a esta obligación de asistencia técnica de acuerdo con las solicitudes que llegan al equipo de educación	**Evidencia:** N/A. **Ubicación:** N/A.
5	Brindar asistencia a mínimo tres instituciones educativas de la ETC designadas para comisión, en el fortalecimiento del trabajo con las familias, para mejorar los procesos de atención educativa y participación de los estudiantes con discapacidad visual	Durante el presente mes no se realizaron acciones con relación a esta obligación para el fortalecimiento del trabajo con las familias con el propósito de mejorar los procesos de atención educativa y participación de los estudiantes con discapacidad visual.	**Evidencia:** N/A. **Ubicación:** N/A.
6	Gestionar con Escuelas Normales o Instituciones de Educación Superior el desarrollo de programas de formación en discapacidad visual para la atención integral de niñas, niños, jóvenes y adultos con discapacidad de acuerdo con los departamentos y municipios asignados.	Durante el presente mes no se realizaron acciones con relación a esta obligación en escuelas normales o Instituciones de Educación Superior.	**Evidencia:** N/A. **Ubicación:** N/A.
7	Actualizar y dictar cursos establecidos dentro del alcance del contrato a través de la plataforma e-learning del INCI, en concordancia con los temas establecidos para la ejecución del proyecto.	En el presente mes no se realizan acciones relacionadas con esta obligación.	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A
8	Establecer con las Secretarías de Educación y las Instituciones Educativas de las ETC asignadas la entrega de	En el presente mes no se realizan acciones relacionadas con esta obligación.	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A

	materiales impresos en braille — tinta, macrotipo, formato digital accesible para apoyar los procesos de atención educativa de estudiantes con discapacidad visual a través de la conformación de la base de datos y/o demás formatos establecidos por el INCI; así como realizar el respectivo seguimiento de la entrega de la dotación.		
9	Conducir y preparar programas radiales educativos en INCI radio, dentro de los parámetros acordados en el contrato, según los temas relevantes para el cumplimiento de los objetivos del proyecto	En el presente mes no se realizan acciones relacionadas con esta obligación	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A
10	Desplazarse a la ETC que requieran asistencia técnica en educación de acuerdo con el cronograma pactado con las regiones	En este mes no se realizaron acciones de desplazamiento a las ETC priorizadas de forma presencial en los territorios del César y Valle del cauca.	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A
11	Proyectar las resoluciones del envió del material en braille tinta macro tipo de acuerdo con las solicitudes recibidas por el equipo de educación.	En el presente mes remitimos la proyección de la Resolución N.º 1 de 2026 correspondiente a la dotación de 24 instituciones educativas, para un total de 43 kits.	Evidencia: Proyección de resolución **Ubicación:** Carpeta de evidencia 11.
12	Elaborar un documento técnico que apoye los procesos educativos en las instituciones que atienden	Durante este mes no se realizaron acciones de esta obligación.	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A

	estudiantes con discapacidad visual		
13	Participar en las reuniones externas que se programen en materia de primera infancia con las diferentes entidades publicas y/o privadas designadas por el INCI.	Durante este mes no se realizaron acciones de esta obligación.	**Evidencia:** N/A **Ubicación:** N/A
14	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 presente mes se entrega plan de trabajo el día 30 de enero del 2026, apoyo a imprenta según cronograma establecido por el grupo de educación, finalmente apoyo a la oficina de atención al ciudadano como acción asignada por el supervisor del contrato.	**Evidencia:** Plan de trabajo, Cronograma de apoyo a imprenta y correo de apoyo a la oficina de atención al ciudadano **Ubicación:** Carpeta de evidencia 14.

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
UN INFORME POR CADA CUENTA de conformidad con la descripción detallada de las actividades desarrolladas, en el formato definido por la entidad y avalado por el supervisor del contrato.	Se entrega informe mes de febrero
Registrar la información de las actividades (asesorías, acompañamiento, comisiones, cursos, participación de eventos y demás acciones) en los medios que para tal efecto determine la subdirección técnica del INCI y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la acción desarrollada.	Se hace entrega del informe de actividad de la secretaria de educación de Valledupar.
Reportar por los medios que para tal efecto determine la subdirección técnica del INCI, las solicitudes allegadas a través del sistema de información Orfeo de los territorios asignados.	N/A
Consolidación y seguimiento de la base de datos de las instituciones educativas a dotar con material en tinta - braille y/o formatos digitales.	N/A.
Entrega de escaletas cuando corresponda la conducción del programa e informe final de los programas realizados en la emisora INCI Radio.	N/A.
Informe final con las acciones que quedaron pendientes para ejecutar en la próxima vigencia.	N/A
Matriz de seguimiento de materiales en braille y tinta marco tipo.	Se realiza matriz de consolidación de material a dotar de 24 instituciones educativas para un total de 43 kits.
Resoluciones de envió de material en braille tinta macro tipo según solicitudes del equipo de educación.	Se entrega la proyección de la 1 resolución del mes de febrero del 2026.

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
Atendidas oportunamente	0	N/A
Atendidas vencidas	0	N/A
Pendientes por responder	0	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.

Nombre, firma y No. de cédula del Contratista

Fabio Adolfo Leiva Vilória
C.C 1044427736

Aprobación supervisor

KAREN DANIELA LEON GONZALEZ, C.C 1024530919, Subdirectora General; 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

Nombre, firma y No. de cédula del Supervisor
Karen Daniela De León González.
C.C. 1073518591

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: 025 – 23/01/2026
OBJETO: Brindar servicios profesionales especializados para la atención educativa de los estudiantes con discapacidad visual de las entidades territoriales certificadas asignadas.

FECHA DE INICIO: 26/01/2026
FECHA DE FINALIZACIÓN: 25/09/2026
PLAZO DE EJECUCIÓN: 8 meses.
FORMA DE PAGO: El valor mensual del contrato será hasta por la suma de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), el cual el INCI pagara así:

1. Un primer pago sobre la base de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), incluido IVA, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el día 30 del primer mes.
2. Siete pagos por la suma CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), incluido IVA.
3. Un último pago proporcional sobre la base CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESO MCTE. (4.784.051), por los días ejecutados desde el 01 de septiembre hasta la fecha de terminación del contrato.

Dichos pagos se efectuarán dentro de los (30) días siguientes al recibido a satisfacción de las actividades según se especifique en las obligaciones, de acuerdo a la disponibilidad del PAC, siempre y cuando se entreguen los soportes respectivos para el pago, esto es, Por parte del contratista: I: Informe de actividades, II. Planilla paga de los pagos del sistema de seguridad social integral del mes inmediatamente anterior, Por parte del supervisor contractual: Formato Acta Única de Pago.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Fabio Adolfo Leiva Viloria
DOCUMENTO: 1044427736
CORREO ELECTRÓNICO: fleiva@inci.gov.co
CELULAR: 3016464326

4. INFORMACIÓN DE AVANCE DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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. 01 de 09
PERIODO: Del 26 de enero al 30 de enero del 2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 2.08%

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	CUMPLE/NO CUMPLE
1	Revisar y retomar la información reportada en los informes territoriales de la gestión realizada en años anteriores de los departamentos y municipios asignados, de conformidad con las indicaciones realizadas por la supervisión del contrato.	**CUMPLE**
2	Participar en las reuniones programadas por el INCI y el grupo de educación solo cuando se considere necesario para informar sobre las acciones realizadas o aportar en los procesos requeridos, de acuerdo con las necesidades específicas del contrato	**CUMPLE**
3	Brindar asistencia técnica presencial y/o virtual a las secretarias de Educación, Regionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Entidades Territoriales Certificadas e Instituciones Educativas públicas y privadas del rural o urbana para la atención de niñas, niños, jóvenes y adultos con discapacidad visual de acuerdo con los departamentos y municipios asignados por la supervisión.	**CUMPLE**
4	Realizar asistencia técnica de acuerdo con las solicitudes que lleguen al equipo de educación, mediante atención al ciudadano.	**NO CUMPLE**
5	Brindar asistencia a mínimo tres instituciones educativas de la ETC designadas para comisión, en el fortalecimiento del trabajo con las familias, para mejorar los procesos de atención educativa y participación de los estudiantes con discapacidad visual	**NO CUMPLE**
6	Gestionar con Escuelas Normales o Instituciones de Educación Superior el desarrollo de programas de formación en discapacidad visual para la atención integral de niñas, niños, jóvenes y adultos con discapacidad de acuerdo con los departamentos y municipios asignados.	**NO CUMPLE**
7	Actualizar y dictar cursos establecidos dentro del alcance del contrato a través de la plataforma e-learning del INCI, en concordancia con los temas establecidos para la ejecución del proyecto.	**NO CUMPLE**
8	Establecer con las Secretarías de Educación y las Instituciones Educativas de las ETC asignadas la entrega de materiales impresos en braille — tinta, macrotipo, formato digital accesible para apoyar los procesos de atención educativa de estudiantes con discapacidad visual a través de la conformación de la base de datos y/o demás formatos establecidos por el INCI; así como realizar el respectivo seguimiento de la entrega de la dotación.	**NO CUMPLE**
9	Conducir y preparar programas radiales educativos en INCI radio, dentro de los parámetros acordados en el contrato, según los temas relevantes para el cumplimiento de los objetivos del proyecto.	**NO CUMPLE**
10	Desplazarse a la ETC que requieran asistencia técnica en educación de acuerdo con el cronograma pactado con las regiones	**NO CUMPLE**

11	Proyectar las resoluciones del envió del material en braille tinta macro tipo de acuerdo con las solicitudes recibidas por el equipo de educación.	**CUMPLE**
12	Elaborar un documento técnico que apoye los procesos educativos en las instituciones que atienden estudiantes con discapacidad visual	**NO CUMPLE**
13	Participar en las reuniones externas que se programen en materia de primera infancia con las diferentes entidades públicas y/o privadas designadas por el INCI.	**CUMPLE**
14	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**

PRODUCTOS PACTADOS	ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS
UN INFORME POR CADA CUENTA de conformidad con la descripción detallada de las actividades desarrolladas, en el formato definido por la entidad y avalado por el supervisor del contrato.	Se hace la entrega el mes de febrero
Registrar la información de las actividades (asesorías, acompañamiento, comisiones, cursos, participación de eventos y demás acciones) en los medios que para tal efecto determine la subdirección técnica del INCI y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la acción desarrollada.	Se hace entrega del informe de actividades de la secretaria de educación de Valledupar.
Reportar por los medios que para tal efecto determine la subdirección técnica del INCI, las solicitudes allegadas a través del sistema de información Orfeo de los territorios asignados.	N/A
Consolidación y seguimiento de la base de datos de las instituciones educativas a dotar con material en tinta - braille y/o formatos digitales.	N/A
Entrega de escaletas cuando corresponda la conducción del programa e informe final de los programas realizados en la emisora INCI Radio.	N/A
Informe final con las acciones que quedaron pendientes para ejecutar en la próxima vigencia.	N/A

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

Matriz de seguimiento de materiales en braille y tinta marco tipo.	Se realiza matriz de consolidación de material a dotar de 24 instituciones educativas para un total de 43 kits.
Resoluciones de envió de material en braille tinta macro tipo según solicitudes del equipo de educación.	Se entrega la proyección de la 1 resolución del mes de febrero del 2026.

5. ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

ESTADO	CANTIDAD	CUMPLE/NO CUMPLE
Atendidas oportunamente	0	N/A
Atendidas vencidas	0	N/A
Pendientes por responder	0	N/A

APROBACIÓN SUPERVISOR

NOMBRE: Karen Daniela de Leon Gonzalez
CEDULA: 1024530919
CARGO: Sudirectora General
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.

Nombre, firma y No. de cédula del Supervisor
Karen Daniela de Leon Gonzalez.
C.C. 1024530919