INCI INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS	Formato: Acta Única de Pago - Personas Naturales	Código: SG-111-FN-FM-0104
		Versión: 0002
	Proceso: Financiero	Vigencia: 01/04/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CONTRATO	031	FECHA DEL CONTRATO	27/01/2026
FECHA DE INICIO	28/01/2026	FECHA DE FINALIZACIÓN	27/07/2026
PLAZO	6	TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
PÓLIZA	CCS-100047754	FECHA APROBACIÓN PÓLIZA	28/01/2026
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios de un interprete de lengua de señas para el Instituto Nacional para Ciegos		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	BRYAN EDUARDO CASAS CANIZALES		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.112.484.648
TELÉFONO		CELULAR	3135865697
CORREO ELECTRÓNICO	bryan.casas@correounivalle.edu.co		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 67b sur 13-60		
TIPO DE CUENTA	Ahorros	BANCO	BANCOLOMBIA
NÚMERO DE CUENTA	91291357607		

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
NÚMERO CDP 1	4626	FECHA CDP 1	27/01/2026
NÚMERO CDP 2		FECHA CDP 2	
NÚMERO RP 1	4626	FECHA RP 1	28/01/2026
NÚMERO RP 2		FECHA RP 2	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL		
VALOR INICIAL CONTRATO	$	10.481.292
ADICIÓN	$	24.138
VALOR TOTAL CONTRATO	$	10.505.430

INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES			
NÚMERO DEL PAGO	CUENTA DE COBRO O FACTURA	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
1	001		$ 175.091
TOTAL PAGOS ANTERIORES			$ 175.091

INFORMACIÓN PRESENTE PAGO			
NÚMERO DE PAGO	2	DE	7
PERIODO A PAGAR	01/02/2026 - 28/01/2026	VALOR A PAGAR	$ 1.750.905,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			18,33%
SALDO DEL CONTRATO			$ 8.579.434
INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO			

Powered by CamScanner

NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	002	FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	6/04/2026
RESPONSABLE DE IVA	No	PORCENTAJE IVA	N/A
VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA	$1.750.905,00	VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA	$1.750.905,00
INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN			
NÚMERO DE PLANILLA	6009795375	PERIODO DE APORTE	Febrero
FECHA DE PAGO	4/03/2026	OPERADOR DE PAGO	Soi
NIVEL DE RIESGO - ARL	1	IBC	$ 1.705.905
VALOR APORTE SALUD		$	218.900
VALOR APORTE PENSIÓN		$	280.200
VALOR APORTE ARL		$	9.200
VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		$	-
VALOR TOTAL PLANILLA		$	508.300
VOLUNTARIO A PENSIÓN	No	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	DIANA PATRICIA BRIÑEZ CASTRO		
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	NÚMERO DE DOCUMENTO	52422197
TELÉFONO	N/A	CELULAR	3164816267
CARGO	Profesional universitario	ÁREA	CENTRO CULTURAL
CORREO ELECTRÓNICO	dcastro@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	martes, 7 de abril de 2026		

Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica		Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera	DIANA APEJA W
Firma		Firma	
Fecha y hora	8/04/2026	Fecha y hora	08-06/26 9:52 a

Powered by CamScanner

Bogotá D.C. 06/04/2026

CUENTA DE COBRO
NÚMERO: 2 DE 7

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

DEBE A:
Bryan Eduardo Casas Canizales
Cédula de Ciudadanía Número: 1112484648

LA SUMA DE: $1.750.905 UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO M/CTE

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios de un intérprete de lengua de señas para el Instituto Nacional para Ciegos.

Por el periodo comprendido entre el 01/02/2026 hasta el 28/02/2026

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(X) No().
5. Soy declarante de renta para el año anterior. Sí() No(X).

ANEXO: Planilla de pago del Sistema de seguridad social del mes de febrero e informe de actividades.

Bryan Eduardo Casas Canizales
CC 1112484648

Powered by CamScanner

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: 031 de 27/01/2026
OBJETO: Prestación de servicios de un intérprete de lengua de señas para el Instituto Nacional para Ciegos.
FECHA DE INICIO:28/01/2026
FECHA DE FINALIZACIÓN:27/07/2026
PLAZO DE EJECUCIÓN:6 meses
FORMA DE PAGO: CLAUSULA CUARTA - VALOR DEL CONTRATO: para todos los efectos legales el valor del contrato será por la suma de DIEZ MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($ 10.505.430). CLAUSULA QUINTA - FORMA DE PAGO: El valor mensual del contrato será hasta por la suma de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCIENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905), El cual el INCI pagará así: 1. Un primer pago proporcional sobre la base de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCIENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905), incluido IVA, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el día 30 del primer mes. 2. Cinco pagos por valor de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCIENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905), incluido IVA. 3. Y un último pago proporcional sobre la base de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCIENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905), incluido IVA., por los días ejecutados desde el 01 de julio hasta la fecha de terminación del contrato. ADICIÓN: VEINTICUATRO MIL CIENTO TREINTA Y OCHO PESOS MOTE ($ 24.138)."

Dichos pagos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo 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) Cuenta de cobro, iii) Planilla paga de los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral del mes inmediatamente anterior; Por parte del Supervisor contractual: Formato Acta Única de Pago.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Bryan Eduardo Casas Canizales
DOCUMENTO: 1112484648
CORREO ELECTRÓNICO: bryancasasinterprete@gmail.com
CELULAR:3135865697

Powered by CamScanner

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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 02 de 07
PERIODO: 01/02/2026 – 28/02/2026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 18.33%

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
1	Prestar el servicio de interpretación en Lengua de Señas Colombiana - español y viceversa, de manera clara, oportuna y fiel al mensaje original, conforme a su criterio técnico y profesional.	Se prestó durante el mes de febrero, el servicio de interpretación, en tres videos solicitados por el área de comunicaciones. Dos de ellos en las instalaciones del INCI y uno desde otro espacio.	**Evidencia:** Video INCI **Ubicación: Instagram INCI**
2	Atender las solicitudes de interpretación en las modalidades presencial y virtual, según programación institucional.	Se atendió a las solicitudes de interpretación de videos, por parte del área de comunicaciones.	**Evidencia:** Lazarillo **Ubicación: Canal de Youtube**
3	Ejecutar las actividades en las fechas, lugares y franjas horarias acordadas previamente por la entidad, sin que ello implique exclusividad ni sujeción a jornada laboral.		**Evidencia:** **Ubicación:**
4	Adecuar la interpretación al contexto institucional, académico, administrativo o comunitario correspondiente, conforme a los estándares profesionales de la interpretación.	Se adecuó el discurso en LSC para los diferentes videos realizados durante el mes de febrero.	**Evidencia:** I.N.C.I Noticias, Primera Edición 2026 **Ubicación: Canal de Youtube**
5	Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual y se desarrollen dentro del marco legal aplicable.		**Evidencia:** **Ubicación:**

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

Powered by CamScanner

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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: DIANA PATRICIA BRIÑEZ CASTRO
CEDULA:52422197
CARGO:Profesional Universitario
DEPENDENCIA: Subdirección técnica – Centro Cultural

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.

DIANA PATRICIA BRIÑEZ CASTRO
C.C 52422197

Powered by CamScanner

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: 031 de 27/01/2026
OBJETO: Prestación de servicios de un intérprete de lengua de señas para el Instituto Nacional para Ciegos
FECHA DE INICIO: 28/01/2026
FECHA DE FINALIZACIÓN: 27/07/2026
PLAZO DE EJECUCIÓN: seis (6) meses
FORMA DE PAGO:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905), incluido IVA, por los días ejecutados desde el perfeccionamiento y la legalización del contrato hasta el día 30 del primer mes.

2. Cinco pagos por valor de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905), incluido IVA.

3. Y un último pago proporcional sobre la base de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905), incluido IVA., por los días ejecutados desde el 01 de julio hasta la fecha de terminación del contrato.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Bryan Eduardo Casas Canizales
DOCUMENTO: 1112484648
CORREO ELECTRÓNICO: bryan.casasqcorreounivalle.edu.co
CELULAR: 3135865697

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. 2 DE 7:
PERIODO: 01/02/2026 - 28/02/2026

Powered by CamScanner

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 18.33%

No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DOCUMENTO SOPORTE
1	Prestar el servicio de interpretación en Lengua de Señas Colombiana - español y viceversa, de manera clara, oportuna y fiel al mensaje original, conforme a su criterio técnico y profesional.	Se prestó durante el mes de febrero, el servicio de interpretación, en tres videos solicitados por el área de comunicaciones. Dos de ellos en las instalaciones del INCI y uno desde otro espacio.	**Evidencia:** Video INCI **Ubicación: Instagram INCI**
2	Atender las solicitudes de interpretación en las modalidades presencial y virtual, según programación institucional.	Se atendió a las solicitudes de interpretación de videos, por parte del área de comunicaciones.	**Evidencia:** Lazarillo **Ubicación: Canal de Youtube**
3	Ejecutar las actividades en las fechas, lugares y franjas horarias acordadas previamente por la entidad, sin que ello implique exclusividad ni sujeción a jornada laboral.		**Evidencia:** **Ubicación:**
4	Adecuar la interpretación al contexto institucional, académico, administrativo o comunitario correspondiente, conforme a los estándares profesionales de la interpretación.	Se adecuó el discurso en LSC para los diferentes videos realizados durante el mes de febrero.	**Evidencia:** I.N.C.I Noticias, Primera Edición 2026 **Ubicación: Canal de Youtube**
5	Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual y se desarrollen dentro del marco legal aplicable.		**Evidencia:** **Ubicación:**

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		

Powered by CamScanner

INCI | INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS

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 período 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 legalmente 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.

Bryan Eduardo Casas Canizales
CC1112484648

Aprobación supervisor

Nombre – Cedula – Cargo – dependencia; 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

Diana Patricia Briñez Castro
CC 52422197

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	8089795375	TIPO DE PLANILLA					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Número AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD		MES	Número AÑO	2026
DIAS DE MORA	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2026/03/04	NUMERO AUTORIZACIÓN					112540735

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
1		1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUB TOTALES										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
1 EPS010	EPS010 SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUB TOTALES													$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	SALDO A OTROS PERIODOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
1 A-21	A-21 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0				$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUB TOTALES									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

No.	DATOS DEL COTIZANTE: TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	PENSIÓN: ADMIN	PENSIÓN: IBC	PENSIÓN: COTIZACIÓN	PENSIÓN: FSP	PENSIÓN: APORTES VOLUNTARIOS	PENSIÓN: RETENCIÓN ANTICIPO ESPECIAL	PENSIÓN: TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	SALUD: IBC	SALUD: COTIZACIÓN	SALUD: VALOR ADRES	SALUD: TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	ARP: IBC	ARP: CENTRO DE TRABAJO	ARP: TOTAL APORTE	PARAFISCALES: IBC	CCF: ADMIN	CCF: TOTAL APORTE	SENA: TOTAL APORTE	ICBF: TOTAL APORTE	ESAP: TOTAL APORTE	MINEDU: TOTAL APORTE
1	1		$ 1.750.905			EPS010 SANITAS S.A.	$ 1.750.905	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	EPS010 SANITAS S.A.	$ 1.750.905	$ 216.900	$ 0	$ 216.900	A-21 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 1.750.905	$ 11124846 4	$ 9.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

Powered by CamScanner