


| | | | |
|---|---|--------------------------------|---------------------------|
|  | Formato: Acta Única de Pago - Personas Naturales | | Código: SG-111-FN-FM-0104 |
| | Proceso: Financiero | | Versión: 0001 |
| Vigencia: 14/02/2023 | | | |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CONTRATO | 018 DE 2026 | FECHA DEL CONTRATO | 22/01/2026 |
| FECHA DE INICIO | 23/01/2026 | FECHA DE FINALIZACIÓN | 22/08/2026 |
| PLAZO | 7 MESES | TIPO DE CONTRATO | Prestación de servicios |
| PÓLIZA | 360 47 994000060514 | FECHA APROBACIÓN PÓLIZA | 23/01/2026 |
| OBJETO DEL CONTRATO | Prestacion de servicios profesionales en la gestion interinstitucional para brindar asistencia tecnica y acompañamiento a los comites de discapacidad, líderes, y organizaciones de personas con discapacidad visual para la promocion del liderazgo, la participación ciudadana, incidencia politica y garantia derechos | | |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | |
| NOMBRE | GLORIA ISABEL VARGAS TORRES | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía | NÚMERO DE DOCUMENTO | 43.732.569 |
| TELÉFONO | 3003363121 | CELULAR | 3003363121 |
| CORREO ELECTRÓNICO | isabel.vargas.consultora@gmail.com | | |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA | Carrera 19B # 86 A-50 Apto 401 | | |
| TIPO DE CUENTA | Ahorros | BANCO | Bancolombia |
| NÚMERO DE CUENTA | 2045 5779338 | | |
| INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | |
| NÚMERO CDP 1 | 2726 | FECHA CDP 1 | 20/01/2026 |
| NÚMERO CDP 2 | | FECHA CDP 2 | |
| NÚMERO RP 1 | 2626 | FECHA RP 1 | 23/01/2026 |
| NÚMERO RP 2 | | FECHA RP 2 | |
| INFORMACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL | | | |
| VALOR INICIAL CONTRATO | | \$ | 33.488.357 |
| ADICIÓN | | | |
| VALOR TOTAL CONTRATO | | \$ | 33.488.357 |
| INFORMACIÓN PAGOS ANTERIORES | | | |
| NÚMERO DEL PAGO | CUENTA DE COBRO O FACTURA | FECHA DE PAGO | VALOR DE PAGO |
| 1 | ELEC258 | Marzo 9 de 2026 | \$ 1.275.746 |
| 2 | ELEC263 | Marzo 20 de 2026 | \$ 4.784.051 |
| 3 | ELEC266 | Abril 20 de 2026 | \$ 4.784.051 |
| TOTAL PAGOS ANTERIORES | | | \$ 10.843.848 |
| INFORMACIÓN PRESENTE PAGO | | | |
| NÚMERO DE PAGO | 4 | DE | 8 |
| PERIODO A PAGAR | 01 al 30 de abril de 2026 | VALOR A PAGAR | \$ 4.784.051,00 |
| VALOR EN LETRAS | CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE | | |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | | | 46,67% |
| SALDO DEL CONTRATO | | | \$ 17.860.458 |

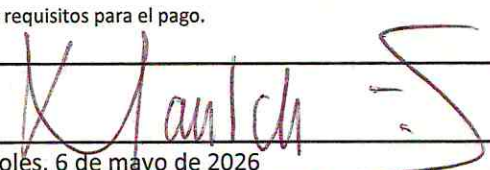
INFORMACIÓN FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PRESENTE PAGO

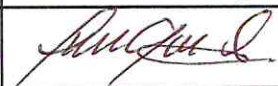
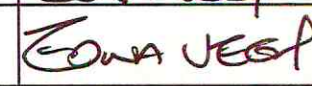
| | | | |
|--|----------------|--|----------------|
| NÚMERO DE FACTURA O CUENTA DE COBRO | ELEC 272 | FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO | 6/05/2026 |
| RESPONSABLE DE IVA | No | PORCENTAJE IVA | N/A |
| VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO ANTES DE IVA | \$4.784.051,00 | VALOR TOTAL FACTURA O CUENTA DE COBRO DESPUÉS DE IVA | \$4.784.051,00 |

INFORMACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL / AFC / APORTES VOLUNTARIOS A PENSIÓN

| | | | |
|--|------------|-------------------------------------|---------------|
| NÚMERO DE PLANILLA | 6015750324 | PERIODO DE APORTE | Abril |
| FECHA DE PAGO | 27/04/2026 | OPERADOR DE PAGO | Nuevo SOI |
| NIVEL DE RIESGO - ARL | 1 | IBC | \$ 24.000.000 |
| VALOR APORTE SALUD | | \$ | 3.000.000 |
| VALOR APORTE PENSIÓN | | \$ | 4.080.000 |
| VALOR APORTE ARL | | \$ | 125.300 |
| VALOR APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | | | |
| VALOR TOTAL PLANILLA | | \$ | 7.205.300 |
| 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 | Andrea Carolina Chacón Castillo | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1100959001 |
| TELÉFONO | 3168660641 | CELULAR | 3168660641 |
| CARGO | Directora General | ÁREA | Dirección General |
| CORREO ELECTRÓNICO | direccioninci@inci.gov.co | | |
| OBSERVACIÓN DEL PAGO | En calidad de supervisora del contrato aquí relacionado, certifico que la contratista cumple con las obligaciones contractuales según lo pactado y se reúnen los requisitos para el pago. | | |
| FIRMA |  | | |
| FECHA DE APROBACIÓN | miércoles, 6 de mayo de 2026 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de quién recibe en la Oficina Asesora Jurídica | Laura Buhérez | Nombre de quién revisa en el área Administrativa y Financiera | EONA VESP |
| Firma |  | Firma |  |
| Fecha y hora | 06-05-26 12:30pm | Fecha y hora | 06-05-2026 10:20 AM |

GLORIA ISABEL VARGAS TORRES
ASESORA JURÍDICA

NIT: 43732569 - 6

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CR 19 B 86 A 50 AP 401, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3003363121

Email. gvabogadosasociados@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764105602121 válida desde 2026-02-06 hasta 2026-08-06 rango desde ELEC257 hasta ELEC1000

gvabogadosasociados@hotmail.com

Nombre/Razón Social: Instituto Nacional para Ciegos
NIT: 860015971
Dirección: Carrera 13 # 34-91, Bogotá, Corea del Norte
Teléfono: 3168660641
Email: direccioninci@inci.gov.co

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: ELEC272

MONEDA: COP Peso colombiano
HORA EMISIÓN: 08:18:52
FECHA FIRMADO: 06/05/2026 08:18:54

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|------------------|-----|------|----------------------|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO |
| 06 | 05 | 2026 | -- | -- | -- |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|------------|---|-----|----------|----------------|-----------|---------|-------|--------|----------------|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 79110000-8 | Servicios de asesoría jurídica Honorarios profesionales durante los días 1 al 30 de abril de 2026 | WSD | 1,00 | \$4.784.051,00 | | | | \$0,00 | \$4.784.051,00 |

Notas: #S46-04-00;018-2026;direccioninci@inci.gov.co#S

SON: (cuatro millones setecientos ochenta y cuatro mil cincuenta y uno pesos cero centavos)

CUFE: f437d28601ba6921810828f961e4c0b77cc0030dd79eb2deda7409d272d55cf281411c2530fd999f954c9407230bf0b

| | |
|--------------------|----------------|
| Subtotal: | \$4.784.051,00 |
| Cargos: | \$0,00 |
| Descuentos: | \$0,00 |
| Total: | \$4.784.051,00 |

INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS
Carrera 13 # 34 - 91
Bogotá D.C.
Tel (57) 601 3846666
correspondencia@inci.gov.co



Rnd: 20261130009462 Fecha: 08-05-2026 03:29
Asu: INFORME DE SUPERVISION N.4 - CONTRATO N.
Us: ACERO Dest: Dep 102 No.Folios: 8
Rem: GLORIA ISABEL VARGAS
Desc.Anex: N/A N.Anexos:
Cód verificación: 969a6

FAVOR CONSIGNAR EL VALOR DE LA FACTURA EN LA CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No. 2045 5779338

Firma Digital: YK0gZPL/2/ka/ZSwwNZ3w2OJzb5Ex6r9nFbjp6/1c+oBp4aW13KMsKJlQ9RarH1f
GNpPWlIH6zrmZS7KiNe2s+XbXt/ueeLTitbMal/saf1RhpsYFjFz/Zb0yM6NjQ
BznvoZh0D/HV0fWleUzyR38Vxx2ivgGWe1VYIA4xBIO/OqplSOfGKe1On9OERM06
bd4sEhVpiJ3uCE/PEX7Sw/sGV8bPpXn2DJEXgeZoTibbyfMroJFpKiUnL3TB2G
P5zIFK2e5jQaMoPKqUv2JC+qR8GGWHA70cm6mj62JhhHGfG/HlbrUUXpVYD
BdUVKv6PqQ86T2B4ZARCiw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.
Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..



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: 018 del 22 de enero de 2026

OBJETO: Prestación de servicios profesionales en la gestión interinstitucional para brindar asistencia técnica y acompañamiento a los comités de discapacidad, líderes, y organizaciones de personas con discapacidad visual para la promoción del liderazgo, la participación ciudadana, incidencia política y garantía de derechos

FECHA DE INICIO: 23 enero 2026

FECHA DE FINALIZACIÓN: 22 agosto 2026

PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 meses

FORMA DE PAGO:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS 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. Seis pagos por valor de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS MCTE. (\$ 4.784.051), incluido iva.
3. Y un último pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS MCTE. (\$ 4.784.051), por los días ejecutados desde el 01 de agosto hasta la fecha de terminación del contrato.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Gloria Isabel Vargas Torres

DOCUMENTO: 43732569

CORREO ELECTRÓNICO: Isabel.vargas.consultora@gmail.com

CELULAR: 3003363121

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. 04 DE 8:

PERIODO: Del primero (1) de abril al treinta (30) de abril de 2026

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 46.67%

| No | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES DESARROLLADAS | DOCUMENTO SOPORTE |
|----|---|--|---|
| 1 | Brindar asistencia técnica y seguimiento a comités, líderes y organizaciones de personas con discapacidad visual para fortalecer el liderazgo, la participación ciudadana y la incidencia política. | Para este período asistí a los comités citados por la Dirección General | Evidencia: Documentos relacionados Ubicación: Drive carpeta Dirección |
| 2 | Acompañar en la implementación de políticas públicas que promuevan los derechos de las personas con discapacidad visual en articulación con entidades públicas y privadas. | Análisis sentencia de tutela T 094 del 21 de abril de 2026, referente a garantizar derechos a la igualdad y acceso a la información | Evidencia: Documentos relacionados Ubicación: Drive carpeta Dirección |
| 3 | Brindar apoyo en la elaboración de propuestas de incidencia política que mejoren el acceso de las personas con discapacidad visual a recursos y servicios públicos. | Articulación con el delegado del consejo directivo de la entidad en el marco de las acciones por rendición de cuentas del sector igualdad y equidad | Evidencia: Documentos relacionados Ubicación: Drive carpeta Dirección |
| 4 | Coordinar con entidades competentes para integrar las necesidades de las organizaciones discapacidad visual en políticas públicas inclusivas. | Articulación del reconocimiento Asoliv por los 30 años revisión del trabajo. Informe ejecutivo para presentación en Cali en el marco de los 30 años de Asoliv del 24 al 26 de abril de 2026 | Evidencia: Documentos relacionados Ubicación: Drive carpeta Dirección |
| 5 | Brindar apoyo en la proyección de respuesta a las PQRS recibidas en el área de gestión interinstitucional, de acuerdo con los procedimientos establecidos, garantizando la atención adecuada y el seguimiento a los casos que involucren a comités, líderes y organizaciones de personas con discapacidad visual. | Se brindó apoyo en la revisión y ajuste de los siguientes documentos: 1. Rta solicitud conformación Equipo educación por pocos funcionarios | Evidencia: Documentos relacionados Ubicación: Drive carpeta Dirección |
| 6 | Brindar asistencia técnica a la Entidad en temas de empleabilidad y derecho laboral público. | Se asistió a la entidad, en temas de empleabilidad, revisando y ajustando los siguientes documentos: 1. Liquidación prestaciones sociales diana moreno | Evidencia: Documentos relacionados Ubicación: Drive carpeta Dirección |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | <p>2. Liquidación prestaciones sociales</p> <p>3. resolución sg sst - 2026_ajust06-04</p> <p>4. resolución de sg - sst anterior</p> <p>5. Resolución asignación funciones</p> <p>6. Resolución vacaciones</p> | |
| 7 | <p>Apoyar jurídicamente a la Dirección General del Instituto Nacional para Ciegos – INCI en todos los asuntos de su competencia, conforme a los lineamientos institucionales y el objeto contractual.</p> | <p>Se llevaron a cabo las siguientes actividades:</p> <p>Se brindó apoyo en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión 20261110005864 memorando informe (EDL) CNSC Evaluación de funcionarios 2. Revisión Circular Descanso compensatorio reponer tiempo 20261000000046_0001 3. Revisión Circular semana Santa 2026 compensatorio | <p>Evidencia: Documentos relacionados</p> <p>Ubicación: Drive carpeta Dirección</p> |
| 8 | <p>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.</p> | <p>Se ejecutaron las siguientes actividades:</p> <p>Se elaboraron revisaron y ajustaron, los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respuesta Asoadministrativos instalación mesa pliego 2026 2. Respuesta Sintraigualdad instalación mesa pliego 2026 | <p>Evidencia: Documentos relacionados</p> <p>Ubicación: Drive carpeta Dirección</p> |

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.

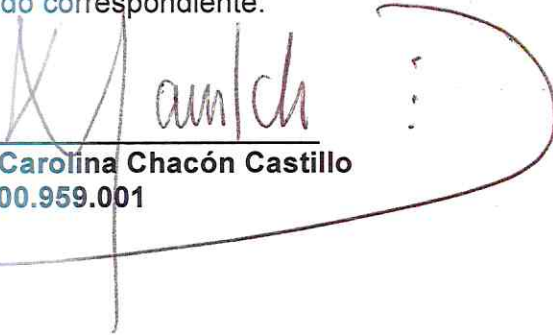


ISABEL VARGAS TORRES
C.C. No. 43.732.569 de Envigado

Aprobación supervisor.

Nombre Andrea Carolina Chacón Castillo, Cédula 1.100.959.001, Cargo Directora General, en calidad de supervisora del contrato aquí relacionado, certifico que la 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.



Andrea Carolina Chacón Castillo
C.C. 1.100.959.001

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: 018-2026 22 DE ENERO 2026

OBJETO: Prestación de servicios profesionales en la gestión interinstitucional para brindar asistencia técnica y acompañamiento a los comités de discapacidad, líderes, y organizaciones de personas con discapacidad visual para la promoción del liderazgo, la participación ciudadana, incidencia política y garantía de derechos

FECHA DE INICIO: 23 DE ENERO DE 2026

FECHA DE FINALIZACIÓN: 22 DE AGOSTO DE 2026

PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 MESES

FORMA DE PAGO:

1. Un primer pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS 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. Seis pagos por valor de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS MCTE. (\$ 4.784.051), incluido iva.
3. Y un último pago proporcional sobre la base de CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS MCTE. (\$ 4.784.051), por los días ejecutados desde el 01 de agosto hasta la fecha de terminación del contrato.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE: Isabel Vargas Torres

DOCUMENTO: 43732569

CORREO ELECTRÓNICO: Isabel.vargas.consultora@gmail.com

CELULAR: 3003363121

| No. | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS | CUMPLE/NO CUMPLE |
|-----|---|------------------|
| 1 | Brindar asistencia técnica y seguimiento a comités, líderes y organizaciones de personas con discapacidad visual para fortalecer el liderazgo, la participación ciudadana y la incidencia política. | CUMPLE |
| 2 | Acompañar en la implementación de políticas públicas que promuevan los derechos de las personas con discapacidad visual en articulación con entidades públicas y privadas . | N/A |
| 3 | Brindar apoyo en la elaboración de propuestas de incidencia política que mejoren el acceso de las personas con discapacidad visual a recursos y servicios públicos. | N/A |
| 4 | Coordinar con entidades competentes para integrar las necesidades de las organizaciones discapacidad visual en políticas públicas inclusivas. | N/A |
| 5 | Brindar apoyo en la proyección de respuesta a las PQRS recibidas en el área de gestión interinstitucional, de acuerdo con los procedimientos establecidos, garantizando la atención adecuada y el seguimiento a los casos que involucren a comités, líderes y organizaciones de personas con discapacidad visual. | CUMPLE |
| 6 | Brindar asistencia técnica a la Entidad en temas de empleabilidad y derecho laboral público. | CUMPLE |
| 7 | Apoyar jurídicamente a la Dirección General del Instituto Nacional para Ciegos – INCI en todos los asuntos de su competencia, conforme a los lineamientos institucionales y el objeto contractual. | CUMPLE |
| 8 | 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. | CUMPLE |

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, así:

INFORME No. 4 DE 8:

PERIODO: 1 DE ABRIL DE 2026 AL 30 DE ABRIL DE 2026

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 46.67%

| PRODUCTOS PACTADOS | ESTADO DE AVANCE DE LOS PRODUCTOS |
|--------------------|-----------------------------------|
| N/A | N/A |

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 |

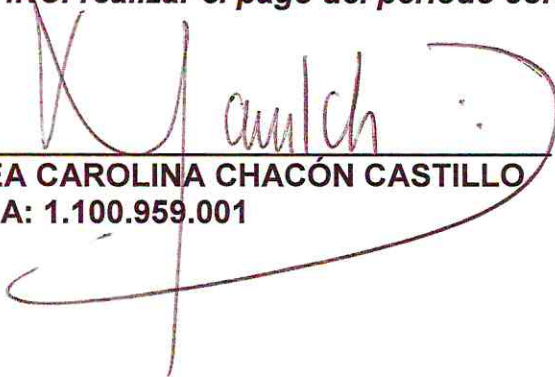
APROBACIÓN SUPERVISOR

NOMBRE: ANDREA CAROLINA CHACÓN CASTILLO
CEDULA: 1.100.959.001
CARGO: DIRECTORA 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.

Asi 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.



ANDREA CAROLINA CHACÓN CASTILLO
CEDULA: 1.100.959.001

