INSTITUTO AMAZÓNICO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS - SINCHI

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Dependencia:	Sostenibilidad e intervención	Pago No:	1	Total de pagos:	10	Fecha:	25/05/2026

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre / Razón Social	MARGARITA MARIA OROZCO GONZALEZ								
Identificación	Cédula	X	Nit.		Número:	52.149.460	DV.		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato No.	440 DE 2026	Objeto:	Prestar sus servicios como profesional para apoyar la coordinación en actividades de técnicas, seguimiento a las actividades del proyecto e información documental de los acuerdos de conservación y atención a solicitudes de los usuarios del proyecto.
Fecha de suscripción:	20/04/2026		
Fecha de inicio:	20/04/2026		
Fecha de terminación:	30/12/2026		

AVANCE DEL CONTRATO/CONVENIO

Porcentaje de Avance:	10%	

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACCIONES Y/O PRODUCTOS
Apoyar la coordinación en actividades de técnicas, seguimiento a las actividades del proyecto e información documental de los acuerdos de conservación y atención a solicitudes de los usuarios del proyecto.	1.De acuerdo con el objeto del contrato y actividades a desarrollar se proyecto el Plan de trabajo para la realización y cumplimiento del presente contrato en los tiempos definidos. 2.Compilación de fotografías, archivos de ubicación, kml útiles para la generación de los mapas de los núcleos de Cuemaní y Cueva del Jaguar, revisión de evidencias de visitas de verificación de deforestación 3.Apoyo en los procesos de fechado de acuerdos de conservación, verificando la correspondencia del nombre del gestor y número del acuerdo 4. Revisón y ajustes de conceptos con (7) Informes de visita reporte de afectación del núcleo de Miraflores, con base en las actas y los conceptos técnicos
Elaborar los informes técnicos de las visitas de verificación de afectaciones a predios vinculados al proyecto.	
Realizar la adecuada gestión documental para el archivo de los acuerdos de conservación con sus respectivos soportes.	

OBSERVACIONES DEL SUPE5RVISOR A LOS TRABAJOS EJECUTRADOS

Se recibe el producto a satisfacción

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	$ 77.000.000
Adición No. 1	$ -
Adición No. 2	$ -
Valor Total:	$ 77.000.000

Total Pagado	$ -
Valor a pagar sin IVA	**$ 7.700.000**
IVA	$ -
Saldo	$ 69.300.000

Valor(es) pagado(s):					
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9	Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
Pago No. 13	Pago No. 14	Pago No. 15	Pago No. 16	Pago No. 17	Pago No. 18

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

VALORES DE REFERENCIA MÍNIMOS

PERSONA NATURAL

Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Aportes ARL	
IBC mínimo		**$**	**3.080.000**	***Riesgo**	**2**
**Valor mínimo	$ 385.000,00	**Valor mínimo	$ 492.800,00	**Valor mínimo	$ 32.155,20

VALORES PAGADOS

PERSONA NATURAL

Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Aportes ARL	
IBC Cotizado		**$**	**3.423.000**	***Riesgo**	**1**
**Valor pagado	$ 427.900,00	**Valor pagado	$ 547.700,00	**Valor pagado	$ 17.900,00
***Fecha de pago:	21/05/2026	***Fecha de pago:	21/05/2026	***Fecha de pago:	21/05/2026
Entidad Recaudadora	Compensar	Entidad Recaudadora	Copensiones	Entidad Recaudadora	Colmena
PIN	**9504991428**	PIN	**9504991428**	PIN	**9504991428**

PERSONA JURÍDICA

Certificación Representante Legal o Revisor Fiscal donde se acredite el pago de los aportes a sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación familiar, Instituto de Bienestar Familiar y al Servicio Nacional de Aprendizaje cuando a ello haya lugar

Fecha:

* Contratistas que realicen **actividades misionales (investigación)** tienen NIVEL DE RIESGO **2** - Contratistas que realicen **actividades administrativas** tienen NIVEL DE RIESGO **1**

** Si el valor pagado es superior a lo indicado en la fórmula no hay inconveniente, **si el valor pagado es inferior** deberá verificarse con el contratista las razones. **Se recuerda que es OBLIGACIÓN de los contratistas pagar los aportes a salud (12,5%), pensión (16%) y ARL (0,522% o 1,044%) sobre el 40% del valor del contrato, el cual podrá ser dividido por el tiempo de duración del contrato.** Para efectos de control se solicitará el pago de aportes por el 40% del valor a pagar

*** La fecha de pago de los aportes debe corresponder al periodo que se está pagando.

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Anexos:	
Copia de aportes a seguridad social	x
Informe o Producto	x

FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE	ANY CATHERINE AMADO LOAIZA
C.C.:	53069820
CARGO:	INVESTIGADORA ASOCIADA I