Dependencia:	Subdirección Científica				Pago No:	1	Total de pagos:	1	Fecha:	29/7/2026

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre / Razón Social	HANNA INSTRUMENTS SAS							
Identificación	Cédula		Nit.	X	Número:	900.352.772	DV.	2

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato No.	485 de 2026	Objeto:	El contratista se obliga con el Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas Sinchi a vender un equipo para la determinación de índice de acidez, índice de peróxidos e índice de yodo en grasas y aceites, de acuerdo a las especificaciones técnicas y mínimas del bien.
Fecha de suscripción:	17 de junio de 2026		
Fecha de inicio:	19 de junio de 2026		
Fecha de terminación:	17 de agosto de 2026		

AVANCE DEL CONTRATO/CONVENIO

Porcentaje de Avance:	100%

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACCIONES Y/O PRODUCTOS
El contratista en desarrollo de su objeto contractual suministra los bienes de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas.	El proveedor realiza la entrega a satisfacción.

OBSERVACIONES DEL SUPE5RVISOR A LOS TRABAJOS EJECUTRADOS

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	$ 57.000.881
Adición No. 1	
Adición No. 2	$ -
Valor Total:	**$ 57.000.881**

Total Pagado	
Valor a pagar sin IVA	**$ 47.899.900**
IVA	$ 9.100.981
Saldo	$ -

Valor(es) pagado(s):					
Anticipo	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				*Riesgo	2
**Valor mínimo	$ -	**Valor mínimo	$ -	**Valor mínimo	$ -

VALORES PAGADOS

PERSONA NATURAL

Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Aportes ARL	
IBC Cotizado				*Riesgo	
**Valor pagado		**Valor pagado		**Valor pagado	
***Fecha de pago:		***Fecha de pago:		***Fecha de pago:	
Entidad Recaudadora		Entidad Recaudadora		Entidad Recaudadora	
PIN		PIN		PIN	

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:	01/07/2026

* 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
Informe o Producto

FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE SUPERVISOR:	MARCELA PIEDAD CARRILLO BAUTISTA
C.C.:	65770625
CARGO:	Investigadora Asociada