INSTITUTO AMAZÓNICO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS - SINCHI

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Dependencia:	Subdirección Científica			Pago No:	1	Total de pagos:		Fecha:	18/9/2026

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre / Razón Social	ARTILAB S.A.							
Identificación	Cédula		Nit.	X	Número:	800.053.310	DV.	8

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato No.	533 de 2026	**Objeto:**	El contratista se obliga con el Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas "Sinchi" a suministrar los bienes de acuerdo con las especificaciones técnicas solicitadas.
Fecha de suscripción:	31 de agosto de 2026		
Fecha de inicio:	01 de septiembre de 2026		
Fecha de terminación:	01 de diciembre de 2026		

AVANCE DEL CONTRATO/CONVENIO

Porcentaje de Avance:	34%

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 parcial a satisfacción

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR A LOS TRABAJOS EJECUTADOS

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	$ 58.514.204	Total Pagado	
Adición No. 1	$ -	**Valor a pagar sin IVA**	**$ 16.683.000**
Adición No. 2	$ -	IVA	$ 3.169.770
Valor Total:	$ 58.514.204	Saldo	$ 38.661.434

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				***Riesgo**	
**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: 01/09/2026

* 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 (2 planillas)
Informe o Producto

Juliana Cardona

FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE SUPERVISOR:	**JULIANA ERIKA CARDONA**
C.C.:	**52.779.712**
CARGO:	**Investigadora Principal I**