INSTITUTO AMAZÓNICO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS - SINCHI

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Dependencia:	Subdirección Cientifica				Pago No:	2	Total de pagos:	4	Fecha:	1/09/2026

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre / Razón Social	YADI TATIANA RUIZ CORREDOR									
Identificación	Cédula	X	Nit.		Número:	53.030.811	DV.			

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato No.	494 de 2026	Objeto:	La contratista se compromete con el Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas SINCHI, a prestar servicios profesionales especializados para desarrollar una metodología para la medición, seguimiento y evaluación de indicadores asociados al desempeño de cadenas de valor y negocios de bioeconomía.
Fecha de suscripción:	06 de julio de 2026		
Fecha de inicio:	07 de julio de 2026		
Fecha de terminación:	22 de octubre de 2026		

AVANCE DEL CONTRATO/CONVENIO

Porcentaje de Avance:	50%

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACCIONES Y/O PRODUCTOS
Actividad 1: Revisión documental y diagnóstico inicial: realizar la revisión y análisis de documentos técnicos, normativos y metodológicos relacionados con bioeconomía, cadenas de valor sostenibles e indicadores de evaluación, con el fin de identificar referentes conceptuales y metodológicos. Actividad 2: Diseño de la metodología de medición de indicadores: elaborar la metodología que permita evaluar el desempeño de las iniciativas productivas, incluyendo dimensiones ambientales, legales, económicas, sociales y de innovación. Actividad 3: Definición y estructuración de indicadores: diseñar la matriz de indicadores, estableciendo variables, criterios de evaluación, ponderaciones, escalas de medición y mecanismos de verificación. Actividad 4: Diseño de instrumentos de recolección de información: elaborar herramientas técnicas para la recolección de datos (formatos, fichas técnicas, encuestas, listas de chequeo u otros instrumentos de evaluación). Actividad 5: La contratista, al finalizar su contrato, deberá realizar la devolución del inventario de bienes asignado, así como de todo tipo de documentos relacionados con sus actividades, información considerada relevante según requerimiento de su supervisor, usuarios, cuentas, claves y/o contraseñas de correo o aplicaciones puestas a disposición por el Instituto y que fueron utilizados para el desempeño de sus actividades y compromisos contractuales. Actividad 6: La contratista, con la firma del presente contrato, declara conocer y aceptar el cumplimiento de los reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	Producto 2: Documento metodológico que describa el enfoque, alcance, dimensiones de análisis (ambiental, económica, social, legal e innovación), criterios de evaluación y procedimientos para la medición, seguimiento y evaluación del desempeño de cadenas de valor y negocios de bioeconomía

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR A LOS TRABAJOS EJECUTADOS

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	$ 36.000.000
Adición No. 1	$ -
Adición No. 2	$ -
Valor Total:	$ 36.000.000

Total Pagado	$ 9.000.000
Valor a pagar sin IVA	**$ 9.000.000**
IVA	$ -
Saldo	$ 18.000.000

Valor(es) pagado(s):					
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
$ 9.000.000					
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9	Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

VALORES DE REFERENCIA MÍNIMOS

PERSONA NATURAL

Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Aportes ARL	
IBC mínimo		**$**	**3.600.000**	***Riesgo**	**2**
**Valor mínimo	$ 450.000,00	**Valor mínimo	$ 576.000,00	**Valor mínimo	$ 37.584,00

VALORES PAGADOS

PERSONA NATURAL

Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Aportes ARL	
IBC Cotizado		**$**	**3.600.000**	***Riesgo**	**2**
**Valor pagado	$ 450.000	**Valor pagado	$ 576.000	**Valor pagado	$ 37.600
***Fecha de pago:	27/08/2026	***Fecha de pago:	27/08/2026	***Fecha de pago:	27/08/2026
Entidad Recaudadora	COMPENSAR	Entidad Recaudadora	PORVENIR	Entidad Recaudadora	POSITIVA
PIN	**94448406**	PIN	**94448406**	PIN	**94448406**

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 OBLIGACION 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
Informe o Producto

Marcela Carrillo

FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE SUPERVISOR:	MARCELA PIEDA CARRILLO
C.C.:	65.770.625
CARGO:	Investigadora Asociada II