INSTITUTO AMAZÓNICO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS - SINCHI

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Fecha: 26/11/2019 Página 1 de 1

P7-013 Versión 3

Dependencia:	Unidad de Gestión de Proyectos Fondo para la Vida y la Biodiversidad	**Pago No:**	1	**Total de pagos:**	8	**Fecha:**	1/09/2026

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre / Razón Social	LUZ ADRIANA LEON MARIN							
Identificación	Cédula	X	Nit.		Número:	1.006.840.419	DV.	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato No.	512 de 2026	**Objeto:**	La contratista se obliga para con el Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas “SINCHI” a prestar servicios de extensión forestal y acompañamiento técnico en los Núcleos de Desarrollo Forestal y de la Biodiversidad y/o en los territorios, que le sean asignados por el Instituto, con el fin de acompañar técnicamente y fortalecer las capacidades de los gestores de cambio, en el marco del extensionismo forestal y la gestión sostenible de los bosques en la Amazonia colombiana.
Fecha de suscripción:	10/07/2026		
Fecha de inicio:	16/07/2026		
Fecha de terminación:	16/03/2027		

AVANCE DEL CONTRATO/CONVENIO

Porcentaje de Avance:	**13%**

OBLIGACIONES/PRODUCTOS	**ACCIONES**
Primer pago asociado a la entrega del Producto No. 1. Un primer informe que contenga el Plan de visitas de extensionismo forestal para cada uno de los Núcleos de Desarrollo Forestal y de la Biodiversidad y/o territorios que se le asignen. Este Plan de Visitas deberá ser concertado con el líder SINA de cada NDFYB y/o quien se delegue para tal fin, y deberá contener entre otros: objetivos de las visitas; espacios de socialización con comunidades locales previstos; cronograma mensual; usuarios/gestores de cambio priorizados a quienes se les va a prestar el servicio de extensionismo; temáticas a desarrollar durante las visitas; metodología de intervención y seguimiento. Este documento es elaborado en el marco del proyecto; dentro del contrato No. XXX de 206. Por un valor de $ 4.500.000 (Cuatro millones quinientos mil pesos m/cte). A continuación se detallan los documentos de soporte que se encuentran en el siguiente link de acceso: https://drive.google.com/drive/folders/1QJREY_zR3TPvsz68D40Vu3gvdTZ5XmUL?usp=drive_link Documentos de soporte: 1. Cuenta de cobro 2. Certificado de cumplimiento 3. Documento técnico del proyecto 4. Anexos 5. Planillas de pago de parafiscales (en subcarpeta como anexo con el pago del mes de julio de 2026)	Actividades relacionadas: en desarrollo del objeto contractual, se realizaron las siguientes actividades: **Actividad 1:** Implementar el Plan de Visitas de Extensionismo Forestal que se defina para los Núcleos de Desarrollo Forestal y de la Biodiversidad (NDFyB) y/o territorios que le sean asignados, el cual deberá ser concertado y validado con el líder SINA correspondiente o quien este delegue. Nota: Las actividades previstas en el presente contrato serán ejecutadas por el extensionista forestal, dentro del ámbito del NDFYB y/o territorio que se le asigne, prestando este servicio a los gestores de cambio priorizados y conforme al Plan de Visitas y las directrices dadas por el Instituto SINCHI, en coordinación con líder SINA que orienta la intervención integral en el Núcleo en particular. **Actividad 2:** Programar y concertar con los usuarios/(presidentes de JAC enlos NDFYB y/o territorios asignados por el Instituto Sinchi, el calendario de visitas, los espacios de intercambio de experiencias y los espacios de capacitación que se prioricen en el Plan de visitas de extensionismo forestal.

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR A LOS TRABAJOS EJECUTADOS

Con base en las anteriores actividades reportadas y los productos establecidos acorde con el Contrato, el supervisor Doris Polanía Villanueva, hace constar que la contratista LUZ ADRIANA LEON MARIN ha cumplido a satisfacción con las actividades contractuales y hace entrega del producto 1, que corresponde al Pago No. 1. Documento que queda disponible en forma digital en el siguiente link: **https://drive.google.com/drive/folders/1QJREY_zR3TPvsz68D40Vu3gvdTZ5XmUL**

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	$ 36.000.000	Total Pagado	$ -
Adición No. 1		**Valor a pagar sin IVA**	**$ 4.500.000**
Adición No. 2		IVA	
Valor Total:	$ 36.000.000	Saldo	$ 31.500.000

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

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

VALORES DE REFERENCIA MÍNIMOS

PERSONA NATURAL

Aportes a Salud		**Aportes a Pensión**		**Aportes ARL**	
IBC mínimo			**$ 1.800.000**	***Riesgo**	**2**
**Valor mínimo	$ 225.000	**Valor mínimo	$ 288.000	**Valor mínimo	$ 18.792

VALORES PAGADOS

PERSONA NATURAL

Aportes a Salud		**Aportes a Pensión**		**Aportes ARL**	
IBC Cotizado			**$ 1.800.000**	***Riesgo**	**3**
**Valor pagado	$ 225.000	**Valor pagado	$ 288.000	**Valor pagado	$ 43.900
***Fecha de pago:	14/08/2026	***Fecha de pago:	14/08/2026	***Fecha de pago:	14/08/2026
Entidad Recaudadora	NUEVA EPS	Entidad Recaudadora	PORVENIR	Entidad Recaudadora	POSITIVA
PIN	1084389814	PIN	1084389814	PIN	1084389814

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 social	Doris Polanía V.
Informe o Producto con anexos	
Cuenta de cobro	

FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE SUPERVISOR:	**DORIS POLANÍA VILLANUEVA**
C.C.:	**51.773.492 de Bogotá**
CARGO:	**Supervisora del Contrato**