INSTITUTO AMAZÓNICO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS - SINCHI

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Dependencia:	Unidad de Gestión de Proyectos Fondo para la Vida y la Biodiversidad	Pago No:	2	Total de pagos:	12	Fecha:	5/10/2026

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre / Razón Social	Eyder Adolfo Rincon Sanchez							
Identificación	Cédula	X	Nit.		Número:	1.120.572.960	DV.	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato No.	244 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:	30/01/2026		
Fecha de inicio:	19/06/2026		
Fecha de terminación:	19/06/2027		

AVANCE DEL CONTRATO/CONVENIO

Porcentaje de Avance:	17%

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACCIONES Y/O PRODUCTOS
Segundo pago asociado a la entrega del Producto No. 2. Un 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. 244 de 2026. Por un valor de $ 5.500.000 (Cinco 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/u/4/folders/1Y0pg0xQ-v-zdu7MZistrtnXX3cdCQ_Km Documentos de soporte: 1. Cuenta de cobro 2. Certificado de cumplimiento 3. Documento técnico del proyecto 4. Anexos 5. Planillas de pago de parafiscales .	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: Establecer contacto con los gestores de cambio (familias y organizaciones comunitarias priorizadas), a través de los líderes comunitarios de NDFYB, para la socialización del Plan de Visitas, en coordinaciones con los líderes SINA o quien se delegue para tal fin. Actividad 3: 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 el contratista EYDER ADOLFO RINCON SANCHEZ, ha cumplido a satisfacción con las actividades contractuales y hace entrega del producto 2, que corresponde al Pago No. 2.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	$ 66.000.000
Adición No. 1	$ -
Adición No. 2	$ -
Valor Total:	$ 66.000.000

Total Pagado	$ 5.500.000
Valor a pagar sin IVA	**$ 5.500.000**
IVA	$ -
Saldo	$ 55.000.000

Valor(es) pagado(s):					
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
$ 5.500.000					
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		**$ 2.200.000**		***Riesgo**	**2**
**Valor mínimo	$ 275.000,00	**Valor mínimo	$ 352.000,00	**Valor mínimo	$ 22.968,00

VALORES PAGADOS

PERSONA NATURAL					
Aportes a Salud		**Aportes a Pensión**		**Aportes ARL**	
IBC Cotizado		**$ 2.200.000**		***Riesgo**	**2**
**Valor pagado	$ 275.000	**Valor pagado	$ 352.000	**Valor pagado	$ 53.600
***Fecha de pago:	31/8/2026	***Fecha de pago:	31/8/2026	***Fecha de pago:	31/8/2026
Entidad Recaudadora	Nueva EPS	Entidad Recaudadora	Protección	Entidad Recaudadora	Seguros Bolivar
PIN	9510411551	PIN	9510411551	PIN	9510411551

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.

*** 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

Doris Polanía V

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