INDEPORTES INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA	**GESTIÓN FINANCIERA**	CÓDIGO: SA-AD-CP-001
		VERSIÓN: 01
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 27/01/2026

El suscrito supervisor(a) certifica que toda la información relacionada a continuación se obtuvo directamente de los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expe
Certifica el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, AFP, ARL), y Aportes Parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contr
Revisadas las actividades asignadas para el periodo a certificar se deja constancia que las mismas fueron ejecutadas a satisfacción por el contratista; por lo anterior se autoriza y ordena pag

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**Día**	**Mes**	**Año**	**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)**	**Día**	**Mes**	**Año**
	5	3	2026		2	2	2026		1	12	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	**SECCIÓN PRESUPUESTAL**	1208

CONTRATO / CONVENIO N°	**PRINCIPAL**	**ADICIONAL**	**CONTRATISTA - BENEFICIARIO**	**CÉDULA O NIT**
CPS-348-2026	X		DIEGO ANDRÉS RAMÍREZ PÁEZ	14.139.239

FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
SI/NO	3209793546	NATIVA PARK 2 TORRE 1 APTO 101	DIEGOSPORTCLUB.29@GMAIL.COM

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS	NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS DIFERENTES ENTORNOS Y GRUPOS POBLACIONALES EN LA EJECUCIÓN DE LA META 167 A CARGO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA, EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO GOBERNANDO. MÁS QUE UN PLAN
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	Pagos mensuales de TRES MILLONES DE PESOS. ($3.000.000) M/CTE, o por fracción de mes en caso de no ejecutarse mes completo, previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato, una vez presentado y aprobado el informe mensual de actividades, el cual deberá estar acompañado de la acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales. En todo caso, cada pago estará sujeto a la aprobación del PAC cuando a ello haya lugar.

PLAZO DE EJECUCION	**MESES**	10	**DIAS**	0
VALOR DEL PAGO MENSUAL			$	2.900.000

PAGO N°	1	**DE**	11	**BANCO**	BANCO DE BOGOTÁ
CUENTA N°	390158822			**TIPO CUENTA**	AHORROS

VALOR CONTRATO	VALOR		**VALOR**
VALOR INICIAL	$ 30.000.000	**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 2.900.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 2.900.000
TOTAL	**$ 30.000.000**	**SALDO POR EJECUTAR**	**$ 27.100.000**

CERT. DISP PTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**				**PERIODO A CERTIFICAR**	**DEL**			**AL**		
N. CDP	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**N. RP**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
2026000025	30	1	2026	2026000504		2	2	2026	28	2	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	**VALOR SSSI**	**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**				
			Día	**Mes**	**Año**	**PLANILLA**
ENERO	$ 546.500	**FECHA DE PAGO**	23	2	2026	6001466666

NOVEDADES AL CONTRATO	**Suspensión**		**Cesión**		**Terminación Anticipada**		**Cambio de Supervisión**		**No Aplica**	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
NOMBRE	LUZ DARY SANCHEZ DIAZ
CARGO	TÉCNICO OPERATIVO
FIRMA:	