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 expediente correspondiente y debidamente publicados en las plataformas SECOP II y SIA Contraloría.
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 contractual vigente para la entidad.
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 pagar la cuenta, por el valor y periodo referido en el presente documento.

	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	24	3	2026	**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO**	27	1	2026	**FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)**	26	11	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TECNICA	**SECCIÓN PRESUPUESTAL**	1208

CONTRATO / CONVENIO N°	**PRINCIPAL**	**ADICIONAL**	**CONTRATISTA - BENEFICIARIO**	**CÉDULA O NIT**
CPS-317- 2026	X		ISMAEL PANTOJA MARIN	14.607.716

FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
NO	3015034596	CALLE 4B #1-105 CAJICA	ismaelpantojaesgrima@gmail.com

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

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ENTRENADOR PARA EL DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO Y COMPETITIVO, EN LA EJECUCIÓN DE LA META 159 A CARGO DEL INSTITUTO 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 SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($ 3.745.000) 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		$		499.333

PAGO N°	1	**DE**	11	**BANCO**	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°			33581473830		**TIPO CUENTA**	AHORROS	

VALOR CONTRATO	VALOR		**VALOR**
VALOR INICIAL	$ 37.450.000	**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 499.333
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 499.333
TOTAL	**$ 37.450.000**	**SALDO POR EJECUTAR**	**$ 36.950.667**

CERT. DISP PTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**				**PERIODO A CERTIFICAR**	**DEL**			**AL**		
N. CDP	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**N. RP**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
2026000086	26	1	2026	2026000429		27	1	2026	30	1	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	**VALOR SSSI**	**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**				
			Día	**Mes**	**Año**	**PLANILLA**
ENERO	$ 541.800	**FECHA DE PAGO**	27	1	2026	6001064983

NOVEDADES AL CONTRATO	**Suspensión**		**Cesión**		**Terminación Anticipada**		**Cambio de Supervisión**		**No Aplica**	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
NOMBRE	**PEDRO YESID GUZMAN LINARES**
CARGO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)**
FIRMA:	