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**	26	1	2026	**FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)**	25	11	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TECNICA	**SECCIÓN PRESUPUESTAL**	1208

CONTRATO / CONVENIO N°	**PRINCIPAL**	**ADICIONAL**	**CONTRATISTA - BENEFICIARIO**	**CÉDULA O NIT**
CPS-324-2026	X		MAURICIO MORENO POVEDA	11,382,449

FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
NO	3123009339	Carrera 4 este #5-18 Barrio Pekín - Fusagasugá	maotria@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 PROFESIONALES 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	INDEPORTES pagará a EL CONTRATISTA los honorarios correspondientes al valor del contrato de la siguiente manera: Pagos mensuales de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS ($4.293.375) 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	$	4.293.375			
PAGO N° 1 **DE** 11	**BANCO**	DAVIVIENDA			
CUENTA N°	406170011372	**TIPO CUENTA**	AHORROS		

VALOR CONTRATO	VALOR		**VALOR**
VALOR INICIAL	$ 42.933.750	**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**	0%
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 715.562
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 715.562
TOTAL	**$ 42.933.750**	**SALDO POR EJECUTAR**	**$ 42.218.188**

CERT. DISP PTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**				**PERIODO A CERTIFICAR**	**DEL**			**AL**		
N. CDP	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**N. RP**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
2026000086	25	1	2026	2026000412		26	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**	23	1	2026	1079036479

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
FIRMA:	