INDEPORTES	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	11	3	2026	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	13	1	2026	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	12	11	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TECNICA	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1208

CONTRATO / CONVENIO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
CPS-060-2026	X		CRISTHIAN MAURICIO RUBIANO CHAVEZ	1,073,239,355

FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
NO	3148480513	CRA2C#6-02	CRISTHIANMRCH92@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 ADELANTAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO DEL PROGRAMA CAMPAMENTOS JUVENILES, CAMPAMENTOS INFANTILES UNIDAD DE EXPLORADORES , EN LA EJECUCIÓN DE LA META 166 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	INDEPORTES pagará a EL CONTRATISTA los honorarios correspondientes al valor del contrato de la siguiente manera: Pagos mensuales de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS. ($3.500.000) 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. PARAGRAFO PRIMERO: El primer pago se efectuará por el período comprendido entre la fecha del cumplimiento de los requisitos de ejecución y el último día del mismo

PLAZO DE EJECUCION	MESES	10	DIAS	0
VALOR DEL PAGO MENSUAL		$		3.500.000

PAGO N°	2	DE	11	BANCO	DAVIVIENDA
CUENTA N°	0570488471040326			TIPO CUENTA	AHORROS

VALOR CONTRATO	VALOR		VALOR
VALOR INICIAL	$ 35.000.000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 3.500.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 5.600.000
TOTAL	$ 35.000.000	SALDO POR EJECUTAR	$ 29.400.000

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				PERIODO A CERTIFICAR	DEL			AL		
N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
2026000089	9	1	2026	2026000176		1	2	2026	30	2	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	VALOR SSSI	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL				
			Día	Mes	Año	PLANILLA
ENERO	$ 541.800	FECHA DE PAGO	10	3	2026	1080352579

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	informo que realizó la supervision el funcionario JOSE LUIS PRADO a partir del 1 AL 9 DE FEBRERO y posteriormente LUZ DARY RUSINQUE SILVA 10 AL 28 DE FEBRERO **El contratista cambio la cuenta a la que se debe desembolsar, se anexa la certificacion bancaria en el formato de la cuenta de cobro.**

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
NOMBRE	LUZ DARY RUSINQUE
CARGO	Profesional Universitario
FIRMA:	