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	30	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-088-2026	X		CESAR FABRIANY TELLEZ SEGURA	1.070.967.143

FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
NO	3132545339		CESARFTS08@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 PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO, SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS, ADMINISTRATIVAS Y LOGÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE LA META 167, ACARGO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA INDEPORTES CUNDINAMARCA, ENEL MARCODELPLANDE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 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 DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS. ($3.210.000) 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 mes, el cual será calculado y pagado sobre meses de 30 días; en caso de que el contrato alcance su ejecución hasta el mes de diciembre se realizará en el referido mes un pago, previa certificación del supervisor sobre el cumplimiento a satisfacción del mismo. PARÁGRAFO SEGUNDO: Los anteriores pagos incluyen los impuestos a que haya lugar. PARÁGRAFO TERCERO: Dichos desembolsos se realizarán previa presentación de la solicitud de pago o factura según sea el caso, el informe de actividades, el recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato, así como el comprobante de pago de los aportes al sistema de seguridad social en Salud, Pensión y ARL de conformidad con la normatividad legal vigente y conforme los formatos diseñados para el efecto por INDEPORTES. PARÁGRAFO CUARTO: El contratista en caso de estar obligado, deberá presentar la factura electrónica

PLAZO DE EJECUCION	**MESES**	10	**DIAS**	0
VALOR DEL PAGO MENSUAL			$	3.210.000

PAGO N°	3	**DE**	11	**BANCO**	DAVIVIENDA
CUENTA N°			0570457970023364	**TIPO CUENTA**	AHORROS

VALOR CONTRATO	VALOR		**VALOR**
VALOR INICIAL	$ 32.100.000	**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 3.210.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 8.346.000
TOTAL	**$ 32.100.000**	**SALDO POR EJECUTAR**	**$ 23.754.000**

CERT. DISP PTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**				**PERIODO A CERTIFICAR**	**DEL**			**AL**		
N. CDP	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**N. RP**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
2026000091	13	1	2026	2026000208		1	3	2026	31	3	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	**VALOR SSSI**	**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**				
			Día	**Mes**	**Año**	**PLANILLA**
FEBRERO	$ 541.800	**FECHA DE PAGO**	9	3	2026	36254839

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
NOMBRE	LUZ SARY RUSINQUE SILVA
CARGO	SUPERVISORA
FIRMA:	