| | | |
|---|---|---|
| INDEPORTES<br>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** | 13 | 4 | 2026 | **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | 27 | 1 | 2026 | **FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)** | 26 | 11 | 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | SUBGERENCIA TÉCNICA | **SECCIÓN PRESUPUESTAL** | 1208 |

| **CONTRATO / CONVENIO N°** | **PRINCIPAL** | **ADICIONAL** | **CONTRATISTA - BENEFICIARIO** | **CÉDULA O NIT** |
|---|---|---|---|---|
| CPS-347-2026 | X | | DOLLIVAM GRAJALES BETANCOURT | 98.765.931 |
| **FACTURADOR ELECTRONICO** | **NÚMERO CELULAR** | | **DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| NO | 3105852841 | | calle 12 # 2 a – 49. DE COTA | dolivangrajalesbetancourt@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 LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA TU TIEMPO LIBRE, TU AVENTURA, EN LOS DIFERENTES ENTORNOS Y GRUPOS POBLACIONALES EN LA EJECUCIÓN DE LA META 169 A CARGO DEL INSTITUTO DEPARTAMETAL 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 d e 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** | | | | | $ | | 3.745.000 |
| **PAGO N°** | 3 | **DE** | 11 | **BANCO** | BANCOLOMBIA | | |
| **CUENTA N°** | | | | 82722994228 | **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** | $ 3.745.000 |
| | | **V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS** | $ 7.989.333 |
| **TOTAL** | **$ 37.450.000** | **SALDO POR EJECUTAR** | **$ 29.460.667** |

| **CERT. DISP PTAL** | **REGISTRO PRESUPUESTAL** | | | | **PERIODO A CERTIFICAR** | **DEL** | | | **AL** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N. CDP** | **DIA** | **MES** | **AÑO** | **N. RP** | | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| 20260000201 | 27 | 1 | 2026 | 2026000453 | | 1 | 3 | 2026 | 31 | 3 | 2026 |

| **PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)** | **VALOR SSSI** | **PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL** | **Día** | **Mes** | **Año** | **PLANILLA** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MARZO | $ 541.800 | **FECHA DE PAGO** | 25 | 3 | 2026 | 9502044944 |

| **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:** |  |