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	7	5	2026	**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO**	19	1	2026	**FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)**	18	11	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TECNICA	**SECCIÓN PRESUPUESTAL**	

CONTRATO / CONVENIO N°	**PRINCIPAL**	**ADICIONAL**	**CONTRATISTA - BENEFICIARIO**	**CÉDULA O NIT**
CPS-096-2026	X		SANDRA MILENA BASANTA ACOSTA	22.548.438
FACTURADOR ELECTRONICO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
NO	3042220142		Diagonal 40a # 8 - 91	sandrambasanta.a@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS			**NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO**	**CÉDULA O NIT TERCERO**

OBJETO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL Y EL CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES DEL DEPORTE FORMATIVO, EN LA EJECUCIÓN DE LA META 168 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	

PLAZO DE EJECUCION	**MESES**	10	**DIAS**	0
VALOR DEL PAGO MENSUAL			$	5.350.000

PAGO N°	4	**DE**	11	**BANCO**	SCOTIABANK COLPATRIA S.A		
CUENTA N°				8742025362	**TIPO CUENTA**	Ahorro	

VALOR CONTRATO	VALOR	$ 5.350.000	**VALOR**
VALOR INICIAL	$ 53.500.000	**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 5.350.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 18.190.000
TOTAL	**$ 53.500.000**	**SALDO POR EJECUTAR**	**$ 35.310.000**

CERT. DISP PTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**				**PERIODO A CERTIFICAR**	**DEL**			**AL**		
N. CDP	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**N. RP**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
2026000122	16	1	2026	2026000249		1	4	2026	30	4	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	**VALOR SSSI**	**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**				
			Día	**Mes**	**Año**	**PLANILLA**
ABRIL	$ 662.100	**FECHA DE PAGO**	21	4	2026	6012913400

NOVEDADES AL CONTRATO	**Suspensión**		**Cesión**		**Terminación Anticipada**		**Cambio de Supervisión**		**No Aplica**	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
NOMBRE	FLOR ANGELA GRAZON SANCHEZ
CARGO	TECNICO OPERATIVO
FIRMA:	