



GESTIÓN FINANCIERA

CÓDIGO: SA-AD-CP-001

VERSIÓN: 01

RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS

FECHA: 27/04/2026

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.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	7	5	2026		20	1	2026		19	11	2026

DEPENDENCIA		SUBGERENCIA TÉCNICA				SECCIÓN PRESUPUESTAL		1208	
CONTRATO / CONVENIO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT			
CPS-231-2026	X		JENNY ALEJANDRA ORTIZ MONSALVE			1,013,626,172			
FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO			
NO	3202581853		DIAG. 30 i # 7D -37 DE SOACHA			alejitaawx@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 DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR Y EL COMPONENTE DE ACTIVIDAD FÍSICA, EN LA EJECUCIÓN DE LA META 167 A CARGO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA, EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL GOBERNANDO MÁS QUE UN PLAN
--------	---

CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	Pagos mensuales de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS. (\$4,280,000) 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.
---	--

PLAZO DE EJECUCION	MESES	10	DIAS	0
--------------------	-------	----	------	---

PAGO N°	4	DE	11	BANCO	DAVIVIENDA	VALOR DEL PAGO MENSUAL	\$	4,280,000
---------	---	----	----	-------	------------	------------------------	----	-----------

CUENTA N°	477600044598	TIPO CUENTA	Ahorros
-----------	--------------	-------------	---------

VALOR CONTRATO	VALOR	42,800,000	VALOR	
VALOR INICIAL	\$	42,800,000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	
			VALOR DEL ANTICIPO	\$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -
ADICIÓN	\$	-	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	\$ 4,280,000
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 14,409,333
TOTAL	\$	42,800,000	SALDO POR EJECUTAR	\$ 28,390,667

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				DEL			AL					
N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP	PERIODO A CERTIFICAR			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
2026000124	19	1	2026	2026000296	1	4	2026	30	4	2026			

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	VALOR SSSI		PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			
ABRIL	\$ 757,600		FECHA DE PAGO	PLANILLA		
	24	4	2026	1081511381		

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	
--------------------------------	--

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
NOMBRE	LUZ DARY SANCHEZ DIAZ
CARGO	TÉCNICO OPERATIVO
FIRMA:	