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	5	5	2026	**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO**	2	2	2026	**FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)**	1	12	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TÉCNICA	**SECCIÓN PRESUPUESTAL**	1208

CONTRATO / CONVENIO N°	**PRINCIPAL**	**ADICIONAL**	**CONTRATISTA - BENEFICIARIO**	**CÉDULA O NIT**
CPS-361-2026	X		JEIMMY GERALDINE HERNÁNDEZ MORENO	1.022.441.378
FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
NO	3194998819		CALLE 13 2 42 - FUNZA	jeimmy.hernandez@cundinamarca.gov.co
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS			NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS DIFERENTES ENTORNOS Y GRUPOS POBLACIONALES, 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 CINCUENTA MIL PESOS. ($4.250.000) 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
VALOR DEL PAGO MENSUAL			$	4.250.000

PAGO N°	3	**DE**	11	**BANCO**	CAJA SOCIAL
CUENTA N°			24102660708	**TIPO CUENTA**	AHORROS

VALOR CONTRATO	VALOR		**VALOR**
VALOR INICIAL	$ 42.500.000	**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**	0%
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 4.250.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 12.608.333
TOTAL	**$ 42.500.000**	**SALDO POR EJECUTAR**	**$ 29.891.667**

CERT. DISP PTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**				**PERIODO A CERTIFICAR**	**DEL**			**AL**		
N. CDP	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**N. RP**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
2026000186	28	1	2026	2026000478		1	3	2026	31	3	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	**VALOR SSSI**	**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**				
			Día	**Mes**	**Año**	**PLANILLA**
ABRIL 2026	$ 541.800	**FECHA DE PAGO**	4	5	2026	9502372239

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:	