



GESTIÓN FINANCIERA

CÓDIGO: SA-AD-CP-001

VERSIÓN: 01

RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS

FECHA: 05/02/2026

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	
	11	5	2026		21	1	2026		20	11	2026	
DEPENDENCIA			SUBGERENCIA TÉCNICA					SECCIÓN PRESUPUESTAL			1208	
CONTRATO / CONVENIO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CEDULA O NIT			
CPS-172-2026		X				LAURA SOFIA RUBIANO ROBAYO			1.003.905.249			
FACTURADOR ELECTRONICO		NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO			
NO		3209997872				CRA 3E N 4-34 BARRIO SAN MIGUEL			RUBIANOLAURO72001@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 DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA RESERVA DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LA META 163 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**  
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	DÍAS		0
--------------------	--	--	--	-------	--	----	------	--	---

VALOR DEL PAGO MENSUAL				\$				4.280.000			
------------------------	--	--	--	----	--	--	--	-----------	--	--	--

PAGO N°	4	DE	11	BANCO		BANCOLOMBIA					
---------	---	----	----	-------	--	-------------	--	--	--	--	--

CUENTA N°		34611913411				TIPO CUENTA		AHORROS			
-----------	--	-------------	--	--	--	-------------	--	---------	--	--	--

VALOR CONTRATO		VALOR				\$ 42.280.000				VALOR			
----------------	--	-------	--	--	--	---------------	--	--	--	-------	--	--	--

VALOR INICIAL	\$	42.800.000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO		VALOR	
			VALOR ANTICIPADO		\$ -	
			VALOR DEL ANTICIPO		\$ -	
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -	
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$ -	
			SALDO AMORTIZACIÓN		\$ -	
			VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES		\$ 4.280.000	
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 14.266.667	

TOTAL		\$ 42.800.000				SALDO POR EJECUTAR				\$ 28.533.333			
-------	--	---------------	--	--	--	--------------------	--	--	--	---------------	--	--	--

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				PERIODO A CERTIFICAR						DEL			AL		
N. CDP	DÍA	MES	AÑO	N. RP							Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
2026000110	20	1	2026	2026000348							1	4	2026	30	4	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)		VALOR SSSI		PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			
				FECHA DE PAGO		PLANILLA	
ABRIL		\$ 541.800		4 5 2026		1081092229	

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

**OBSERVACIONES (si se requiere)**

SUPERVISOR/INTERVENTOR

**NOMBRE** EDWIN ALFONSO VARGAS FORERO

**CARGO** SUBGERENTE TÉCNICO

**FIRMA:**