

	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.

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
	27	5	2026		27	1	2026		26	11	2026

DEPENDENCIA		SUBGERENCIA TECNICA				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.				livangrajalesbetancourt@gmail.co		
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 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 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 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				\$		3.745.000					
PAGO N°	4	DE	11	BANCO		BANCOLOMBIA					
CUENTA N°		82722994228				TIPO CUENTA		AHORROS			
VALOR CONTRATO		VALOR				PORCENTAJE DEL ANTICIPO		VALOR			
VALOR INICIAL		\$ 37.450.000				VALOR ANTICIPADO		\$ -			
						VALOR DEL ANTICIPO		\$ -			
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -			
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$ -			
						SALDO AMORTIZACIÓN		\$ -			
ADICIÓN		\$ -				VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES		\$ 3.745.000			
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 11.734.333			
TOTAL		\$ 37.450.000				SALDO POR EJECUTAR		\$ 25.715.667			

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	4	2026	30	4	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)				VALOR SSSI		PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL						
ABRIL				\$ 541.800		FECHA DE PAGO		Día		Mes	Año	PLANILLA
						30		4		2026		9504129731

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:	