



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
		1	6		2026		13		1	2026	

DEPENDENCIA		SUBGERENCIA TECNICA			SECCIÓN PRESUPUESTAL			1208		
CONTRATO / CONVENIO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT				
CPS-088-2026	X		CESAR FABRIANY TELLEZ SEGURA			1.070.967.143				
FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO				
NO	3132545339					CESARFTS08@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 PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO, SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS, ADMINISTRATIVAS Y LOGÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE LA META 167, ACARGO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA INDEPORTES CUNDINAMARCA, EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL GOBERNANDO MÁS QUE UN PLAN.
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO
 INDEPORTES pagará a EL CONTRATISTA los honorarios correspondientes al valor del contrato de la siguiente manera: Pagos mensuales de TRES MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS. (\$3.210.000) 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. PARAGRAFO PRIMERO: El primer pago se efectuará por el período comprendido entre la fecha del cumplimiento de los requisitos de ejecución y el último día del mismo mes, el cual será calculado y pagado sobre meses de 30 días; en caso de que el contrato alcance su ejecución hasta el mes de diciembre se realizará en el referido mes un pago, previa certificación del supervisor sobre el cumplimiento a satisfacción del mismo. PARÁGRAFO SEGUNDO: Los anteriores pagos incluyen los impuestos a que haya lugar. PARÁGRAFO TERCERO: Dichos desembolsos se realizarán previa presentación de la solicitud de pago o factura según sea el caso, el informe de actividades, el recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato, así como el comprobante de pago de los aportes al sistema de seguridad social en Salud, Pensión y ARL de conformidad con la normatividad legal vigente y conforme los formatos diseñados para el efecto por INDEPORTES. PARÁGRAFO CUARTO: El contratista en caso de estar obligado, deberá presentar la factura electrónica

PLAZO DE EJECUCION		MESES		10	DIAS		0
VALOR DEL PAGO MENSUAL				\$ 3.210.000			

PAGO N°	5	DE	11	BANCO	0570457970023364	DAVIVIENDA	TIPO CUENTA	AHORROS
---------	---	----	----	-------	------------------	------------	-------------	---------

VALOR CONTRATO	VALOR	VALOR									
VALOR INICIAL	\$ 32.100.000	<table border="1"> <tr><td>PORCENTAJE DEL ANTICIPO</td><td></td></tr> <tr><td>VALOR ANTICIPADO</td><td>\$ -</td></tr> <tr><td>VALOR DEL ANTICIPO</td><td>\$ -</td></tr> <tr><td>AMORTIZACIÓN ANTICIPO</td><td>\$ -</td></tr> </table>	PORCENTAJE DEL ANTICIPO		VALOR ANTICIPADO	\$ -	VALOR DEL ANTICIPO	\$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -	
PORCENTAJE DEL ANTICIPO											
VALOR ANTICIPADO	\$ -										
VALOR DEL ANTICIPO	\$ -										
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -										
ADICIÓN	\$ -	<table border="1"> <tr><td>AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO</td><td>\$ -</td></tr> <tr><td>SALDO AMORTIZACIÓN</td><td>\$ -</td></tr> <tr><td>VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES</td><td>\$ 3.210.000</td></tr> </table>	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -	SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -	VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	\$ 3.210.000	<table border="1"> <tr><td>V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS</td><td>\$ 14.766.000</td></tr> </table>	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 14.766.000
AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -										
SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -										
VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	\$ 3.210.000										
V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 14.766.000										
TOTAL	\$ 32.100.000	SALDO POR EJECUTAR	\$ 17.334.000								

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				DEL			AL		
N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP	PERIODO A CERTIFICAR			Día	Mes	Año
2026000091	13	1	2026	2026000208	1	5	2026	31	5	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	VALOR SSSI	FECHA DE PAGO	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		
ABRIL	\$ 541.800		Día	Mes	Año
			7	5	2026
			PLANILLA		
			37041315		

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

OBSERVACIONES (si se requiere)

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
NOMBRE	LUZ SARY RUSINQUE SILVA
CARGO	SUPERVISORA
FIRMA:	