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	4	6	2026	**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO**	19	1	2026	**FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)**	18	11	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TÉCNICA	**SECCIÓN PRESUPUESTAL**	1208

CONTRATO / CONVENIO N°	**PRINCIPAL**	**ADICIONAL**	**CONTRATISTA - BENEFICIARIO**	**CÉDULA O NIT**
CPS-161-2026	X		WILMER GANTIVA BARRANTES	1,069,303,432
FACTURADOR ELECTRONICO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
NO	3213953605		CR 81J NO 57D 02 SUR SOACHA	wgantivab@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 LA EJECUCIÓN 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, GOBERNANDO MÁS QUE UN PLAN."
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	Pagos mensuales de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS. ($5.500.000) 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					$ 5,500,000		
PAGO N°	5	**DE**	11	**BANCO**	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°			23222591848		**TIPO CUENTA**	AHORROS	

VALOR CONTRATO	VALOR		**VALOR**
VALOR INICIAL	$ 55,000,000	**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	$ -	**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$ 5,500,000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 24,200,000
TOTAL	**$ 55,000,000**	**SALDO POR EJECUTAR**	**$ 30,800,000**

CERT. DISP PTAL	**REGISTRO PRESUPUESTAL**				**PERIODO A CERTIFICAR**	**DEL**			**AL**		
N. CDP	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**N. RP**		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
2026000024	19	1	2026	2026000275		1	5	2026	31	5	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	**VALOR SSSI**	**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**	**Día**	**Mes**	**Año**	**PLANILLA**
MAYO	$ 680,600	**FECHA DE PAGO**	4	5	2026	6017885741

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:	