



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
	18	6	2026		15	1	2026		14	11	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TECNICA			SECCIÓN PRESUPUESTAL			1208
CONTRATO / CONVENIO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT	
CPS-137-2026	X		ANDRES DAVID CASTRO RODRIGUEZ			1.077.085.397	
FACTURADOR ELECTRONICO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO	
NO	3118517570		CARRERA 1 # 7-11 GACHANCIPA			ANDRESDCASTRO1991@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 COMO GESTOR DEL DEPORTE FORMATIVO, PARA LA EJECUCIÓN DE LA META 168 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	DIAS	0
--------------------	-------	----	------	---

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

PAGO N°	5	DE	11	BANCO	BANCOLOMBIA
---------	---	----	----	-------	-------------

CUENTA N°	416-588585-54	TIPO CUENTA	AHORROS
-----------	---------------	-------------	---------

VALOR CONTRATO	VALOR	VALOR
----------------	-------	-------

VALOR INICIAL	\$	42.800.000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
---------------	----	------------	-------------------------	----

ADICIÓN	\$	-	VALOR ANTICIPADO	\$	-
---------	----	---	------------------	----	---

ADICIÓN	\$	-	VALOR DEL ANTICIPO	\$	-
---------	----	---	--------------------	----	---

ADICIÓN	\$	-	AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$	-
---------	----	---	-----------------------	----	---

ADICIÓN	\$	-	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$	-
---------	----	---	---------------------------------	----	---

ADICIÓN	\$	-	SALDO AMORTIZACIÓN	\$	-
---------	----	---	--------------------	----	---

ADICIÓN	\$	-	VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	\$	4.280.000
---------	----	---	-------------------------------	----	-----------

ADICIÓN	\$	-	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$	19.402.667
---------	----	---	----------------------------	----	------------

TOTAL	\$	42.800.000	SALDO POR EJECUTAR	\$	23.397.333
-------	----	------------	--------------------	----	------------

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				PERIODO A CERTIFICAR	DEL			AL		
-----------------	-----------------------	--	--	--	----------------------	-----	--	--	----	--	--

N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
--------	-----	-----	-----	-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2026000039	14	1	2026	2026000234	1	5	2026	31	5	2026
------------	----	---	------	------------	---	---	------	----	---	------

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	VALOR SSSI	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		
---	------------	--------------------------	--	--

MAYO	\$ 541.800	FECHA DE PAGO	Día	Mes	Año	PLANILLA
------	------------	---------------	-----	-----	-----	----------

3	6	2026	9505848495		
---	---	------	------------	--	--

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	
--------------------------------	--

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
------------------------	--

NOMBRE	FLOR ANGELA GARZON SANCHEZ
--------	----------------------------

CARGO	TECNICO OPERATIVO
-------	-------------------

FIRMA:	
--------	--