



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	
	22	6	2026		2	2	2026		1	12	2026	
DEPENDENCIA			SUBGERENCIA TECNICA					SECCIÓN PRESUPUESTAL				
CONTRATO / CONVENIO N°			PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT		
CPS-291-2026			X				ASTRID CLAVIJO RUIZ			53.931.196		
FACTURADOR ELECTRONICO			NUMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRONICO		
NO			3157550055				CARRERA 8 # 19-38 FUSAGASUGA			astridclavijor@hotmail.com		
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS							NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO		

OBJETO
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROMOTOR DE LOS CENTROS DE INTERES DEL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FISICA, Y LA RECREACION EN LA EJECUCIÓN DE LA META 168 A CARGO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO GOBERNANDO: MÁS 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 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. Entodo 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			DAVIENDA			
---------	---	----	----	-------	--	--	----------	--	--	--

CUENTA N°				0570406070103758			TIPO CUENTA		AHORROS		
-----------	--	--	--	------------------	--	--	-------------	--	---------	--	--

VALOR CONTRATO		VALOR				\$ 37.450.000			VALOR		
----------------	--	-------	--	--	--	---------------	--	--	-------	--	--

VALOR INICIAL	\$	37.450.000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO					
			VALOR ANTICIPADO			\$ -		
			VALOR DEL ANTICIPO			\$ -		
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO			\$ -		

ADICIÓN	\$	-	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO			\$ -		
			SALDO AMORTIZACIÓN			\$ -		
			VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES			\$ 3.745.000		
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS			\$ 14.855.166		

TOTAL		\$ 37.450.000				SALDO POR EJECUTAR			\$ 22.594.834		
-------	--	---------------	--	--	--	--------------------	--	--	---------------	--	--

CERT. DISP PTAL		REGISTRO PRESUPUESTAL				DEL			AL		
N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP		PERIODO A CERTIFICAR			Día	Mes	Año
DIS-2026000026	30	1	2026	2026000584		1	5	2026	31	5	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)				VALOR SSSI			PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
ABRIL				\$ 541.800			FECHA DE PAGO			PLANILLA		
							22	5	2026	1081411916		

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

OBSERVACIONES (si se requiere)

SUPERVISOR/INTERVENTOR

NOMBRE FLOR ANGELA GARZÓN SANCHEZ

CARGO SUPERVISORA

FIRMA: