



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	10	2026

DEPENDENCIA		SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				SECCIÓN PRESUPUESTAL		1208
CONTRATO / CONVENIO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO		CÉDULA O NIT			
CPS-434-2026	X		ELICIO RUBIO MESA		1.072.618.420			
FACTURADOR ELECTRONICO	NUMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		CORREO ELECTRONICO			
NO	3147915196		CRA 3#3-37 DE BITUIMA		elrume01@gmail.com			
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS			NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO		CÉDULA O NIT TERCERO			
			N/A		N/A			

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROMOTOR DE LOS CENTROS DE INTERÉS DEL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FÍSICA, Y LA RECREACIÓN PARA 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	Mensuales de TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS. (\$3.750.000) 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	8	DIAS	0
--------------------	-------	---	------	---

VALOR DEL PAGO MENSUAL	\$	3.750.000
------------------------	----	-----------

PAGO N°	4	DE	9	BANCO	DAVIVIENDA
---------	---	----	---	-------	------------

CUENTA N°	0550478400022404	TIPO CUENTA	
-----------	------------------	-------------	--

VALOR CONTRATO	VALOR	VALOR
VALOR INICIAL	\$ 30.000.000	VALOR
ADICIÓN		VALOR
		VALOR
		VALOR
		VALOR
		VALOR
		VALOR
TOTAL	\$ 30.000.000	\$ 15.125.000

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				PERIODO A CERTIFICAR	DEL			AL		
N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
217	30	1	2026	2026000567	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	27	PLANILLA
		4	9503362078

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:	