

|                                                                                   |                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|
|  | 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   | 7   | 2026 |                              | 21  | 1   | 2026 |                                            | 20  | 11  | 2026 |

|                                                                              |                |                     |                               |                      |                            |      |  |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------------|------|--|
| DEPENDENCIA                                                                  |                | SUBGERENCIA TÉCNICA |                               | SECCIÓN PRESUPUESTAL |                            | 1208 |  |
| CONTRATO / CONVENIO N°                                                       | PRINCIPAL      | ADICIONAL           | CONTRATISTA - BENEFICIARIO    |                      | CÉDULA O NIT               |      |  |
| CPS-200-2026                                                                 | X              |                     | MAIRON STIVEN ARIAS VELOSA    |                      | 1.072.429.267              |      |  |
| FACTURADOR ELECTRONICO                                                       | NÚMERO CELULAR |                     | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA  |                      | CORREO ELECTRÓNICO         |      |  |
| NO                                                                           | 3203878370     |                     | LA GRAN VIA TENA CUNDINAMARCA |                      | maironindeportes@gmail.com |      |  |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS |                |                     | NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO    |                      | CÉDULA O NIT TERCERO       |      |  |
|                                                                              |                |                     |                               |                      |                            |      |  |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 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. 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 |       |            |                                 | \$               | 3.745.000     |         |
| PAGO N°                | 6     | DE         | 11                              | BANCO            | Davivienda    |         |
| CUENTA N°              |       |            |                                 | 0550488414152287 | TIPO CUENTA   | AHORROS |
| VALOR CONTRATO         | VALOR |            | 3.745.000                       |                  | 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      |                  | \$ 19.973.333 |         |
| TOTAL                  | \$    | 37.450.000 | SALDO POR EJECUTAR              |                  | \$ 17.476.667 |         |

|                 |                       |     |      |            |                      |     |     |      |     |     |      |
|-----------------|-----------------------|-----|------|------------|----------------------|-----|-----|------|-----|-----|------|
| CERT. DISP PTAL | REGISTRO PRESUPUESTAL |     |      |            | PERIODO A CERTIFICAR | DEL |     |      | AL  |     |      |
| N. CDP          | DIA                   | MES | AÑO  | N. RP      |                      | Día | Mes | Año  | Día | Mes | Año  |
| 2026000024      | 20                    | 1   | 2026 | 2026000355 |                      | 1   | 6   | 2026 | 30  | 6   | 2026 |

|                                           |  |            |  |               |                          |     |      |            |
|-------------------------------------------|--|------------|--|---------------|--------------------------|-----|------|------------|
| PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES) |  | VALOR SSSI |  | FECHA DE PAGO | PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL |     |      |            |
| MAYO                                      |  | \$ 541.800 |  |               | Día                      | Mes | Año  | PLANILLA   |
|                                           |  |            |  |               | 18                       | 6   | 2026 | 9505482812 |

|                       |            |        |                        |                       |           |   |
|-----------------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------|---|
| 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:                 |  |  |  |  |  |  |