

	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
	23	7	2026		2	2	2026		1	12	2026

DEPENDENCIA		SUBGERENCIA TECNICA		SECCIÓN PRESUPUESTAL		1208
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 MILPESOS. (\$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
PAGO N°		VALOR DEL PAGO MENSUAL		\$ 3.745.000		
5	DE 11	BANCO		DAVIVIENDA		
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		\$ 18.600.166	
TOTAL	\$	37.450.000	SALDO POR EJECUTAR		\$ 18.849.834	

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				PERIODO A CERTIFICAR	DEL			AL		
N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DIS-2026000026	30	1	2026	2026000584		1	6	2026	30	6	2026

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

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:	