

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
	6	8	2026		27	2	2026		26	11	2026
DEPENDENCIA			SUBGERENCIA TECNICA					SECCIÓN PRESUPUESTAL			1208
CONTRATO / CONVENIO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT		
CPS-328-2026		X			LUIS DAVID BOHORQUEZ MOYANO				1,020,793,959		
FACTURADOR ELECTRONICO		NÚMERO CELULAR			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO		
NO		3002835597			Finca Gualanday - La Vega				bmluisdavid@gmail.com		
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS					NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				CÉDULA O NIT TERCERO		

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ADELANTAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO DEL PROGRAMA CAMPAMENTOS JUVENILES, CAMPAMENTOS INFANTILES UNIDAD DE EXPLORADORES, EN LA EJECUCIÓN DE LA META 166 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	INDEPORTES pagará a EL CONTRATISTA los honorarios correspondientes al valor del contrato de la siguiente manera: Pagos mensuales de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS. (\$3.500.000) 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. PARAGRAFO PRIMERO: El primer pago se efectuará por el periodo comprendido entre la fecha del cumplimiento de los requisitos de ejecución y el
---	--

PLAZO DE EJECUCION	MESES	10	DÍAS	0
--------------------	-------	----	------	---

VALOR DEL PAGO MENSUAL	\$	3.500.000
------------------------	----	-----------

PAGO N°	7	DE	11	BANCO	BANCO DE BOGOTA
---------	---	----	----	-------	-----------------

CUENTA N°	640212023	TIPO CUENTA	AHORROS
-----------	-----------	-------------	---------

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

VALOR INICIAL	\$	35.000.000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	\$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	\$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	\$ 3.500.000

ADICIÓN	\$	-	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 21.466.667
---------	----	---	----------------------------	---------------

TOTAL	\$	35.000.000	SALDO POR EJECUTAR	\$ 13.533.333
-------	----	------------	--------------------	---------------

CERT. DISP PTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL				DEL			AL		
N. CDP	DIA	MES	AÑO	N. RP	PERIODO A CERTIFICAR			Día	Mes	Año
2026000169	26	1	2026	2026000437				1	7	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	VALOR SSSI	FECHA DE PAGO	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		
JUNIO	\$ 541.800		Día	Mes	Año
			8	7	2026
			PLANILLA		
			93090996		

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

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

SUPERVISOR/INTERVENTOR

NOMBRE	LUZ DARY RUSINQUE SILVA
--------	-------------------------

CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
-------	---------------------------

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