INDEPORTES	**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.

	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	4	9	2026	**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO**	13	1	2026	**FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)**	12	11	2026

DEPENDENCIA	SUBGERENCIA TECNICA	**SECCIÓN PRESUPUESTAL**	1208

CONTRATO / CONVENIO N°	**PRINCIPAL**	**ADICIONAL**	**CONTRATISTA - BENEFICIARIO**	**CÉDULA O NIT**
CPS-078-2026	X		JHAIR ESTEBAN GONZALEZ PEÑA	1.069.742.713
FACTURADOR ELECTRONICO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
NO	3138772661		CALLE 16 # 19-19 FUSAGASUGA	jairgonzalezp12@gmail.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 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 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 elsupervisor 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°	8	**DE**	11	**BANCO**	DAVIVIENDA				
CUENTA N°			0550488416491568		**TIPO CUENTA**	AHORROS			
VALOR CONTRATO	VALOR		$ 37.450.000		**VALOR**				
VALOR INICIAL	$		37.450.000		**PORCENTAJE DEL ANTICIPO**				
					VALOR ANTICIPADO	$			-
					VALOR DEL ANTICIPO	$			-
					AMORTIZACION ANTICIPO	$			-
ADICIÓN	$		-		**AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO**	$			-
					SALDO AMORTIZACIÓN	$			-
					VALOR BRUTO A PAGAR EN EL MES	$			3.745.000
					V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$			28.462.000
TOTAL	**$**		**37.450.000**		**SALDO POR EJECUTAR**	**$**			**8.988.000**

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	13	1	2026	2026000195		1	8	2026	31	8	2026

PERIODO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (MES)	**VALOR SSSI**	**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**				
			Día	**Mes**	**Año**	**PLANILLA**
AGOSTO	$ 541.800	**FECHA DE PAGO**	28	8	2026	94671838

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	TECNICO OPERATIVO
FIRMA:	