CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO No. 08 DE 11 CPS-166-2026	
Nombre del(la) supervisor(a)	**FLOR ANGELA GARZON SANCHEZ**
Cargo Supervisor(a)	**Técnico Operativo**
Informe Parcial__X__	**Informe Final ____**
Período del Informe	**01/08/2026 A 31/08/2026**
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contratista	**ANDERSON CRISTANCHO GOMEZ**
Identificación del Contratista (C.C. / NIT)	**1.075.659.096**
Objeto del Contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROMOTOR DE LOS CENTROS DE INTERES, LA ACTIVIDAD FISICA Y LA RECREACION, EN LA EJECUCION DE LA META 168 A CARGO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA, EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO GOBERNARDO MAS QUE UN PLAN.**
Fecha de Suscripción del Contrato	**16/01/2026**
Fecha de Inicio del Contrato (Acta de Inicio)	**19/01/2026**
Valor del Contrato. LETRAS (Número)	**CUARENTA Y OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($48.150.000) M/CTE**
Plazo de Ejecución Inicial	**Diez (10) meses**
Valor Adición del Contrato	
Valor Total del Contrato	**CUARENTA Y OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($48.150.000) M/CTE**
Prorroga	
Plazo de ejecución final	**Diez (10) meses**
Observaciones del supervisor:	
En calidad de Supervisor (a) del Contrato de Prestación de servicios **No. 166-2026** y teniendo en cuenta el desarrollo de las actividades contenidas durante el periodo comprendido entre **01/08/2026 y el 31/08/2026,** las evidencias presentadas por el contratista en el (la) informe de gestión contractual **No. 08**; certifico el cumplimiento y autorizamos el Giro por **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE ($4.815.000).** a la cuenta **No. 007670410526 del Banco Davivienda.** De igual manera dejo manifiesto que, de conformidad con el artículo 3.2.7.4 del Decreto 1273 de 2018, se efectuó la verificación correspondiente frente al pago de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista, como quiera que es de su responsabilidad exclusiva Para lo cual, se efectuó la revisión de los aportes relacionados en la planilla allegada por el contratista, verificando que el valor cancelado se encuentra acorde a los honorarios devengados en el respectivo mes Finalmente, certifico que el contratista dio cumplimiento con las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y cumplió con los aportes de salud, pensión y ARL, así:	

PERIODO	IBC	SALUD	PENSION	ARL	PLANILLA
Enero	$1.800.000	$225.000	$288.000	$43.900	9499093958
Febrero	$1.926.000	$240.800	$308.200	$47.000	9500895163
Marzo	$1.926.000	$240.800	$308.200	$47.000	9502307858
Abril	$1.926.000	$240.800	$308.200	$47.000	9504209482
Mayo	$1.926.000	$240.800	$308.200	$47.000	9505605377
Junio	$1.926.000	$240.800	$308.200	$47.000	9505841489
Julio	$1.926.000	$240.800	$308.200	$47.000	9507426483
Agosto	$1.926.000	$240.800	$308.200	$47.000	9509011070
TOTAL	**$15.282.00**	**$1.910.600**	**$2.445.400**	**$372.900**	

ESTADO FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	**$48.150.000**
VALOR ADICION	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$48.150.000

CONCEPTO	PERIODO	VALOR PARA PAGAR	SALDO POR EJECUTAR
Pago 01	19/01/2026 a 31/01/2026	$1.926.000	$46.224.000
Pago 02	01/02/2026 a 28/02/2026	$4.815.000	$41.409.000
Pago 03	01/03/2026 a 31/03/2026	$4.815.000	$36.594.000
Pago 04	01/04/2026 a 30/04/2026	$4.815.000	$31.779.000
Pago 05	01/05/2026 a 31/05/2026	$4.815.000	$26.964.000
Pago 06	01/06/2026 a 30/06/2026	$4.815.000	$22.149.000
Pago 07	01/07/2026 a 31/07/2026	$4.815.000	$17.334.000
Pago 08	**01/08/2026 a 31/08/2026**	**$4.815.000**	**$12.519.000**

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR(A)

El supervisor(a) certifica que el (la) contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el periodo informado.

Revisado y Aprobado para pago:	SI	X	NO	

FLOR ANGELA GARZON SANCHEZ
SUPERVISORA
C.C. No. 39.739.344