Supersalud	PROCESO	GESTION DE TESORERIA	CÓDIGO	GTFT11
	FORMATO	CERTIFICACION DE SUPERVISION PARA PAGO	VERSIÓN	2

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: **Bogotá, D.C., 04 de mayo de 2021**

EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR (A) DE CONTRATO CERTIFICA:

Que **Sandra Lucia Hincapié Galindo** identificada con C.C. No. **65.764.132,** cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No**. 163 de 2021,** cuyo objeto es: "Prestar los servicios profesionales en el seguimiento y monitoreo, desde el componente Jurídico a las entidades respecto de las cuales la Superintendencia Nacional de Salud haya ordenado algún tipo de medida especial o que se encuentren en intervención forzosa para administrar o para liquidar, así como en procesos de liquidaciones voluntarias", así:

PAGO CORRESPONDIENTE A: Del 1 al 3 de mayo de 2021 — **VALOR A PAGAR:** **7.652.467,00**

FACTURA No.	COMPROMISO PPTAL (RP)	CODIGO RUBRO PRESUPUESTAL	CODIGO DEPENDENCIA	SALDO ANTERIOR	VALOR PRESENTE DE PAGO	SALDO DESPUES DE ESTE PAGO	TESORERIA		
							FUENTE	RECURSO	VIGENCIA
	29221	C-1903-0300-4-0-1903015-02	19-10-00-04	**765.247,00**	**765.247,00**	**-**	Propios	21	2021
TOTAL				**765.247,00**	**765.247,00**	**-**			

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : **may-21** **VALOR SEGURIDAD SOCIAL:** **$ 820.900,00**

Entrada de Almacén No. _____ (aplica a contratos que involucren entrega de bienes y/o materiales y suministros)

Esta certificación se expide con destino a la Coordinación del Grupo de Tesorería de la Superintendencia Nacional de Salud para efectos del valor total a pagar certificado.

Firma Supervisor	**Firma Supervisor**	**Firma Supervisor**
Nombre: Henri Philippe Capmartin Salinas	**Nombre:**	**Nombre:**
Dependencia: Direción de Medidas Especiales para EAPB	**Dependencia:**	**Dependencia:**

SUPERVISOR

Señor Supervisor, para efectos de la procedibilidad del pago aquí autorizado, tenga en cuenta que ***usted deja constancia del recibo y verificación*** de la publicación del Informe de Supervisión en el SECOP, sopena de omisión en su deber de seguimiento y control de la ejecución contractual

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR

- **Copia de las planillas de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social por parte del contratista sobre el período que corresponde al pago certificado, el cual fue objeto de verificación documental, por parte del supervisor.**
- **Factura o documento equivalente.**
- **Para el primer pago adjuntar copia de RUT y RIT(excepto personas excentas o excluidas) y diligenciado de declaración juramentada para deducción de retención en la fuente y soportes.**
- **Allegar entrada a almacén (en caso de que sea el pago de bienes y/o materiales y suministros**
- **Todos los documentos deben ser escaneados y cargados en la plataforma SECOP II y se deberá crear la cuenta por cobrar en esta misma plataforma. Se debe adjuntar el pantallazo correspondiente.**
- **Pantallazo de la evidencia del cargue de informe de actividades del contratista al SECOP II**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65764132		HINCAPIE GALINDO SANDRA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 54 # 152a 85 Apto 904	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9075229	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	981301621	9419628299	I	2021/06/09	2021/05/06	BANCOLOMBIA	0	$820,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,652,855	$424,500			$2,652,855	$331,700			$0	$0			$2,652,855	$64,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,652,855	$424,500			$2,652,855	$331,700			$0	$0			$2,652,855	$64,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,652,855	$424,500			$2,652,855	$331,700			$0	$0			$2,652,855	$64,700		$0	$0
1	CC	65764132 HINCAPIE SANDRA	25-14	30	$2,652,855	$424,500	EPS005	30	$2,652,855	$331,700		0	$0	$0	14-23	30	$2,652,855	$64,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,652,855	$424,500			$2,652,855	$331,700			$0	$0			$2,652,855	$64,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65764132		HINCAPIE GALINDO SANDRA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 54 # 152a 85 Apto 904	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9075229	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	981301621	9419628299	I	2021/06/09	2021/05/06	BANCOLOMBIA	0	$820,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$424,500	$0	$0	$424,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$424,500	$0	$0	$424,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,700	$0	$0	$64,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$64,700	$0	$0	$64,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$331,700	$0	$0	$331,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$331,700	$0	$0	$331,700
TOTAL				1	$820,900	$0	$0	$820,900