Supersalud	PROCESO	CONTRACTUAL	CÓDIGO	PCFT06
	FORMATO	CERTIFICACION DE SUPERVISION PARA PAGO	VERSIÓN	6

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: BOGOTA D.C. MARZO DE 2019.

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

Que **JEINER DUVAN VELASQUEZ RESTREPO,** identificado con C.C. ó NIT No. **1.065.636.135,** cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No. **04** de 2019, cuyo objeto es: **Prestar servicios profesionales al Grupo de Contratación de Bienes y Servicios con el fin de gestionar los procesos contractuales que adelante la coordinación, apoyando las diferentes etapas y en especial la actividad relacionada con la implementación de SECOP 2.**

PAGO CORRESPONDIENTE A: 1 de febrero hasta 28 de febrero de 2019. | VALOR A PAGAR: $3.500.000

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	Recibe
	6219	A-02-02-02-008	19-10-00 SU	3.733.334,00	3.500.000,00	233.334,00	PROPIOS	20	2019	5/03/19.
TOTAL				**3.733.334,00**	**3.500.000,00**	**233.334,00**				

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : ene-19 VALOR SEGURIDAD SOCIAL: 408.700

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 Contabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud para efectos del valor total a pagar certificado.

Luz Dary Sánchez G.

Firma Supervisor
Nombre: LUZ DARY SANCHEZ GUTIERREZ
Dependencia: GRUPO DE CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS

Firma Supervisor
Nombre:
Dependencia:

Firma Supervisor
Nombre:
Dependencia:

Para uso del Grupo de Contratación de Bienes y Servicios

Se recibió por parte del Grupo de Contratación de Bienes y Servicios, con destino a la carpeta del contrato aquí referenciado el informe de ejecución de actividades correspondiente al pago certificado a realizar.

Grupo de Contratación - Funcionario que recibe:

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: _____

Grupo de Contabilidad - Funcionario que recibe:

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: _____

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 periodo 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 formato 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
- Hace parte integral de esta certificación, el informe de actividades presentado por el contratista, debidamente aprobado por el supervisor del contrato y actualmente reposa en el archivo físico del Grupo de Contratación de Bienes y Servicios.