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

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: Bogotá, 04 de marzo de 2019

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

Que **Zulma Jazmín Vargas Trujillo,** identificado con C.C. ó NIT No. **52.426.422,** cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No. **078** de **2019** cuyo objeto es: Prestación de servicios profesionales del Área de Ciencias de la Salud, para evaluar y resolver solicitudes de trámite relacionadas con el seguimiento al cumplimiento de competencias de las Entidades Territoriales de Salud del orden Departamental, Distrital y/o Municipal en temas relacionados con Salud Pública, y soporte en el desarrollo de actividades de Inspección y Vigilancia de las Entidades del Orden Territorial relacionadas con el cumplimiento de sus competencias., así:

PAGO CORRESPONDIENTE A: Febrero 2019 — VALOR A PAGAR: $8.188.500

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
	24719	C-1903-0300-4-0-1903016-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	19-10-00-01	79.254.650,00	-	79.254.650,00	Propios	20	Actual	
	24719	C-1903-0300-4-0-1903023-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	19-10-00-01	5.000.000,00	3.188.500,00	1.811.500,00	Propios	20	Actual	
	24719	C-1903-0300-4-0-1903028-02 ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	19-10-00-01	5.000.000,00	5.000.000,00		Propios	20	Actual	
TOTAL				89.254.650,00	8.188.500,00	81.066.150,00				

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : ene-19 — VALOR SEGURIDAD SOCIAL: $ 240.500

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.

Firma Supervisor
Nombre: NIDIA ZORAYA CACERES
Dependencia: Directora de Inspección y vigilacia para entidades del orden territorial. (E)

Firma Supervisor
Nombre:
Dependencia:

Firma Supervisor
Nombre:
Dependencia:

		Grupo de Contratación - Funcionario que recibe:	Grupo de Contabilidad - Funcionario que recibe:
	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	Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____	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 verificacion 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 declaracion juramentada para deducción de retencion 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 certificacion 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 Contratacion de Bienes y Servicios.