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

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: BOGOTA D.C. ABRIL 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. **155** de 2019, cuyo objeto es: Prestar servicios profesionales al Grupo de Contratación de Bienes y Servicios en la asesoría y acompañamiento, en los procesos contractuales en sus diferentes etapas- precontractuales, contractuales y post- contractuales que adelante la coordinación, y en especial la actividad relacionada con la implementación de SECOP 2.

PAGO CORRESPONDIENTE A: 4 de marzo hasta 30 de marzo de 2019. **VALOR A PAGAR: $5.400.000**

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
	53519	A-02-02-02-008	19-10-00 SU	58.800.000,00	5.400.000,00	53.400.000,00	PROPIOS	20	2019	
TOTAL				**58.800.000,00**	**5.400.000,00**	**53.400.000,00**				

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : **febrero de 2019** **VALOR SEGURIDAD SOCIAL:** 408.300

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 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 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.