

		PROCESO		CONTRACTUAL		CÓDIGO		PCFT06		
		FORMATO		CERTIFICACION DE SUPERVISION PARA PAGO		VERSIÓN		6		
CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: Bogotá D.C. Abril de 2019										
EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR (A) DE CONTRATO CERTIFICA:										
Que SANDRA LUCIA HINCAPIÉ GALINDO, identificada con C.C. ó NIT No. 65.764.132 de Ibagué, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No. 015 de 2019 de 23 de enero de 2019, cuyo objeto es: "Prestar los servicios profesionales para 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 Administrativa para Administrar y/o Liquidar, así como en procesos de liquidaciones voluntarias", así:										
PAGO CORRESPONDIENTE A: Del 01 al 31 de marzo de 2019				VALOR A PAGAR: \$7.185.280,00						
FACTURA No.	COMPROMISO PPTAL (RP)	CODIGO RUBRO PRESUPUESTAL	CODIGO DEPENDENCIA	SALDO ANTERIOR	VALOR PRESENTE DE PAGO	SALDO DESPUES DE ESTE PAGO	FUENTE	RECURSO	VIGENCIA	Recibe
	13619	C-1903-0300-4-0-1903015-02	19-10-00-04	71.134.272,00	7.185.280,00	63.948.992,00	Propios	20	2019	
TOTAL				71.134.272,00	7.185.280,00	63.948.992,00				
ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE :				feb-19		VALOR SEGURIDAD SOCIAL: \$837.600,00				
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 Contabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud para efectos del valor total a pagar certificado.										
 Firma Supervisor				Firma Supervisor						
Nombre: HENRI PHILIPPE CAPMARTIN SALINAS				Nombre:						
Dependencia: D. de Medidas Especiales EAPB				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: _____			Nombre: _____			
				Firma: _____			Firma: _____			
				Fecha: _____			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 exentas 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.										