

Supersalud		PROCESO		CONTRACTUAL		CÓDIGO		PCFT06	
		FORMATO		CERTIFICACION DE SUPERVISION PARA PAGO					
CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: Bogotá D.C., Junio 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 del contrato No. 015 de 2019 de 23 de enero de 2019 cuyo objeto es: "Presiar 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 mayo 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
	13619	C-1903-0300-4-0-1903015-02	19-10-00-04	56.763.712,00	7.185.280,00	49.578.432,00	Propios	20	2019
TOTAL				56.763.712,00	7.185.280,00	49.578.432,00			
ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE :				abr-19		VALOR SEGURIDAD SOCIAL:		\$837.500,00	
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 Nombre: HENRI PHILIPPE CAPMARTIN SALINAS Dependencia: D. de Medidas Especiales				Firma Supervisor Nombre: _____ Dependencia: _____					
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:			Grupo de Contabilidad - Funcionario que recibe:		
				Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____			Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____		
DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR									
<ul style="list-style-type: none"> 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 exentas o excludas) 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) Hacer 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 									