Supersalud	PROCESO	GESTION CONTABLE	CÓDIGO	GCFT05
	FORMATO	CERTIFICACION DE SUPERVISION PARA PAGO	VERSIÓN	1

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: Septiembre 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 Agosto de 2019 **VALOR A PAGAR:** $ 7.185.280

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
	13619	C-1903-0300-4-0-1903015-02	19-10-00-04	35.207.872,00	7.185.280,00	28.022.592,00	Propios	20	2019
TOTAL				**35.207.872,00**	**7.185.280,00**	**28.022.592,00**			

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : jul-19 **VALOR SEGURIDAD SOCIAL:** $846,200,00

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**	**Firma Supervisor**
Nombre:	**Nombre:**	**Nombre:**
Dependencia:	**Dependencia:**	**Dependencia:**

SUPERVISOR Y CONTRATISTA

Es importante revisar de forma mensual las liberaciones de presupuesto, cuando por alguna circunstancia no se haya ejecutado el contrato en su totalidad, en especial el primer pago, de acuerdo con la información remitida por Presupuesto.

		Grupo de Tesoreria Funcionario que revisa:	**Grupo de Contabilidad - Funcionario que recibe:**
Para uso del Grupo de Tesoreria y Contabilidad	Se recibió por parte del Grupo de Tesoreriaícorrespondiente a la programación 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 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 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 para el caso de SECOP I
- Para los contratistas qu realizaron el proceso de contratación con SECOP II, deben subir todos los documentos escaneados en la plataforma de Secop II y deberán crear la cuenta por cobrar en esta misma plataforma.