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

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: Bogotá D.C. **21 de octubre de 2019**

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

Que LENNART MAURICIO CASTRO LÓPEZ, identificado con C.C. ó NIT No. 13,719,722, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No 19 de fecha 21 de enero de 2019, cuyo objeto es:"Prestar servicios profesionales de abogado en el Grupo de Tutelas de la Oficina Asesora Jurídica, en el seguimiento, proyección y revisión de las respuestas de las Acciones de Tutela en que sea parte la Entidad, así como de los requerimientos relacionados con las mismas, en salvaguarda de los intereses de la Superintendencia", así:

PAGO CORRESPONDIENTE A: **(Del 21 de septiembre al 20 de octubre de 2019)**

VALOR A PAGAR: **5.716.500,00**

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
	12119	C-1999-0300-10-0-1999054-02	19-10-00-13	17.149.500,00	5.716.500,00	11.433.000,00	PROPIOS	21	2019
TOTAL				17.149.500,00	5.716.500,00	11.433.000,00			

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : **SEPTIEMBRE Y OCTUBRE** **VALOR SEGURIDAD SOCIAL:** 664700

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: Jennifer Morales Uribe
Dependencia: Coordinador (E) Grupo de Tutelas OAJ

Firma Supervisor
Nombre:
Dependencia:

Firma Supervisor
Nombre:
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

Para uso del Grupo de Tesoreria y Contabilidad	Se recibió por parte del Grupo de Tesoreriacorrespondiente a la programación pago certificado a realizar.	**Grupo de Tesoreria Funcionario que revisa:** Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: 01-11	**Grupo de Contabilidad - Funcionario que recibe:** Nombre: _____ Firma: Paula Alvarado Fecha: 01-11-19

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 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 platadorma de Secop II y deberán crear la cuenta por cobrar en esta misma plataforma.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13719722
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LENNART MAURICIO CASTRO LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 119 A NO 57 - 60 T 6	TELÉFONO:	7516379
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7733547110**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		505515364

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 268.800
SUBTOTAL:			1	**$ 268.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 210.000
SUBTOTAL:			1	**$ 210.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 8.800
SUBTOTAL:			1	**$ 8.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 487.600**

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13719722
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LENNART MAURICIO CASTRO LOPEZ ...
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 119 A NO 57 - 60 T 6	TELÉFONO:	7516379
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7733551053	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:	AÑO: 2019
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	509010948

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7733547110	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2019/10/09

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 97.100
SUBTOTAL:			1	**$ 97.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 75.900
SUBTOTAL:			1	**$ 75.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 3.200
SUBTOTAL:			1	**$ 3.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 176.200**