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

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACIÓN: Bogota, 01 de octubre de 2019

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

Que **Zulma Jazmin Vargas Trujillo**, identificado con C.C. ó NIT No. **52.426.422** cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No. **078** de **2019** cuyo objeto es: *"Prestación de servicios profesionales del Área de Ciencias de la Salud, para evaluar y resolver solicitudes de trámite relacionadas con el seguimiento al cumplimiento de competencias de las Entidades Territoriales de Salud del orden Departamental, Distrital y/o Municipal en temas relacionados con Salud Pública, y soporte en el desarrollo de actividades de Inspección y Vigilancia de las Entidades del Orden Territorial relacionadas con el cumplimiento de sus competencias"*, así:

PAGO CORRESPONDIENTE A: **Septiembre de 2019** VALOR A PAGAR: **8.188.500**

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
	24719	C-1903-0300-4-0-1903016-02	19-10-00-01	31.935.150	8.188.500	23.746.650	Propios	20	2019
TOTAL				**31.935.150,00**	**8.188.500,00**	**23.746.650,00**			

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : Septiembre de 2019 VALOR SEGURIDAD SOCIAL: $ 950.700

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: NIDIA ZORAYA CACERES MORENO
Dependencia: Directora de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Territorials (E)

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.

		Grupo de Tesoreria Funcionario que revisa:	**Grupo de Contabilidad - Funcionario que recibe:**
	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 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.