

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|---------|----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PROCESO GESTIÓN FINANCIERA             |                                 |                    |                |                                                                    | Código                     | GFFT14       |         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN PARA PAGO |                                 |                    |                |                                                                    | Versión                    | 3            |         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                 |                    |                |                                                                    | Fecha                      | 8/03/2024    |         |          |
| CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACIÓN: Bogotá ,29/07/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR (A) CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| Que Sandra Yolima Gómez Contreras identificada con C.C. o NIT No. 1.052.391.016, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No.19 del 2024 así: Obligación N°.1: Realizar la proyección y revisión de las respuestas desde el ámbito financiero a los requerimientos, peticiones, quejas y reclamos de las diferentes autoridades administrativas, judiciales, de control, y demás usuarios relacionados con las entidades en liquidación ordenada y no ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud , cumpliendo los procedimientos de la entidad y las disposiciones legales, que sean asignadas.Obligación N°.2: Entregar resueltas la PQRD asignadas mediante plataformas, correo e instrucciones por el Supervisor del contrato.Obligación N°.3: Revisar y conceptuar financieramente acerca de los asuntos de competencia asignados por el Supervisor del Contrato.Obligación N°.4: Requerir información a las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de salud. Obligación N°.5: Realizar seguimiento a los informes presentados por los liquidadores, mandatarios, representantes legales, contralores y/o revisores fiscales de las Entidades vigiladas en procesos de liquidación o liquidadas, validando la información contenida en los mismos. Obligación N°.6: Contar con la disponibilidad para atender los requerimientos que sean necesarios de manera presencial, telefónica y correo electrónico, formuladas desde la Oficina de Liquidaciones de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionadas con el objeto del contrato. Obligación N°.7: Desempeñar las demás funciones que le sean asignadas por el supervisor del contrato. |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| PAGO CORRESPONDIENTE A: del 1 de Julio al 29 de Julio del 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                 |                    |                | VALOR A PAGAR:                                                     |                            | 8.023.333,00 |         |          |
| FACTURA No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COMPROMISO PRESUPUESTAL(RP)            | CÓDIGO RUBRO PRESUPUESTAL       | CÓDIGO DEPENDENCIA | SALDO ANTERIOR | VALOR PRESENTE DE PAGO                                             | SALDO DESPUÉS DE ESTE PAGO | FUENTE       | RECURSO | VIGENCIA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 19224                                  | C-1903-0300-8-20201C-1903015-02 | 19-10-00-27        | 8.023.333      | 8.023.333                                                          | -                          | PROPIOS      | 21      | ACTUAL   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                 |                    |                | -                                                                  |                            |              |         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                 |                    | 8.023.333,00   | 8.023.333,00                                                       | -                          |              |         |          |
| VALOR AHORRO CUENTAS AFC / PENSIONES VOLUNTARIAS \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                 |                    |                | MES Y VALOR DE SEGURIDAD SOCIAL QUE ACREDITA: Julio 2024 \$963.600 |                            |              |         |          |
| Nota: En caso de que se requiera realizar algún ajuste al valor del ahorro, se debe remitir nuevamente el formato Declaración Clasificación de Ingresos Para Efectos en Retención por Concepto de Renta (GFFT19)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                 |                    |                | SALDO A LIBERAR DEL PRIMER PAGO: \$                                |                            |              |         |          |
| Entrada de Almacén No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| Esta certificación se expide con destino a la Coordinación del Grupo de Tesorería de la Superintendencia Nacional de Salud para efectos del valor total a pagar certificado .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| Firma Supervisor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| Nombre: José Manuel Suárez Delgado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| Dependencia: Jefe de Oficina de liquidaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| SEÑOR SUPERVISOR TENGA EN CUENTA QUE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |
| Para efectos de la procedibilidad del pago aquí autorizado, usted deja constancia del recibo y verificación de la publicación del Informe de Supervisión en el SECOP II y/o el cargue de la factura anterior en CCE, Sopena de omisión en su deber de seguimiento y control de la ejecución contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                        |                                 |                    |                |                                                                    |                            |              |         |          |