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

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACION: 02 de MARZO 2020

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

Que **Sandra Lucia Hincapié Galindo** dentificado con C.C. 65764132, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato **No. 111 de 2020**, 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 29 de febrero de 2020 **VALOR A PAGAR:** $ 7.429.580,00

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
	25220	C-1903-0300-4-0-1903015-02	19-10-00-04	80.487.116,33	7.429.580,00	73.057.536,33	Nación	11	2020
TOTAL				**80.487.116,33**	**7.429.580,00**	**73.057.536,33**			

ACREDITA PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE : febrero de 2020 **VALOR SEGURIDAD SOCIAL:** $ 862.600

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: Dr. Henri Philippe Capmartin Salinas
Dependencia:Director de Medidas Especiales para EAPB

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.

	Se recibió por parte del Grupo de Tesoreriaícorrespondiente a la programación pago certificado a realizar.	**Grupo de Tesoreria Funcionario que revisa:** Nombre: _____ Firma: _____	**Grupo de Contabilidad - Funcionario que recibe:** Nombre: _____ Firma: _____ Fecha:

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR

0

• 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.

0