Supersalud	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFFT14
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN PARA PAGO	Versión	3
		Fecha	8/03/2024

CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACIÓN: 10 de diciembre de 2024

EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR (A) CERTIFICA QUE:

Que FEELING COMPANY S.AS identificado con NIT No. 811.025.635-7, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No..53 de 2024 así: " Prestar los servicios de apoyo logístico para la coordinación, organización y realización de los eventos y actividades de carácter nacional que en ejercicio de sus funciones debe realizar y atender la Super Intendencia Nacional de Salud de acuerdo con lo establecido en las especificaciones técnicas mínimas"

PAGO CORRESPONDIENTE A: Evento Fortalecer los conocimientos de los funcionarios de las regionales en cumplimiento del MRAE - MGGTI - Dominio de Uso y Apropiación de TI, Domino que contiene los elementos para orientar a las entidades en asegurar el uso y apropiación de la tecnología y la información, con el fin de impulsar la adopción de las facilidades y servicios de tecnología que son dispuestos para apoyar las funciones, procesos y propósitos de la entidad", ejecutado en San Andrés (Noviembre 26 al 28 /2024)

VALOR A PAGAR: 1.863.540

FACTURA No.	COMPROMISO PRESUPUESTAL(RP)	CÓDIGO RUBRO PRESUPUESTAL	CÓDIGO DEPENDENCIA	SALDO ANTERIOR	VALOR PRESENTE DE PAGO	SALDO DESPUÉS DE ESTE PAGO	FUENTE	RECURSO	VIGENCIA
FE7255	90024	C-1999-0300-8-0-1999053-02	19-10-00-21	51.377.056,00	1.863.540	49.513.516,00	PROPIOS	21	ACTUAL
					-				
TOTAL				51.377.056,00	1.863.540,00	49.513.516,00			

VALOR AHORRO CUENTAS AFC / PENSIONES VOLUNTARIAS $ _____

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)

MES Y VALOR DE SEGURIDAD SOCIAL QUE ACREDITA: Diciembre 05 de 2024

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: CAROLINA EMILSE BRIJALDO VEGA - Directora Innovacion y Desarrollo (E)
Dependencia: Direccion de Innovacion y Desarrollo

SENOR 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