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

**CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACIÓN:** Bogotá D.C. Diciembre de 2024

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

**Que FEELING COMPANY S.A.S. identificado con Nit. No. 811.025.635-7, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato No. 53 de 2024, cuyo objeto es: 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 atenderla Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con lo establecido en las especificaciones técnicas mínimas**

**PAGO CORRESPONDIENTE A:** Evento: Mesa Lineamientos Decreto 1848 EPSI

**VALOR A PAGAR:** $ 6.896.050,00

| FACTURA No. | COMPROMISO PRESUPUESTAL(RP) | CÓDIGO RUBRO PRESUPUESTAL | CÓDIGO DEPENDENCIA | SALDO ANTERIOR | VALOR PRESENTE DE PAGO | SALDO DESPUÉS DE ESTE PAGO | FUENTE | RECURSO | VIGENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FE7361 | 90024 | C-1903-0300-8-20201C-1903053-02 | 19-10-00-25 | $ 64.280.703,97 | $ 6.896.050,00 | $ 57.384.653,97 | PROPIOS | 21 | ACTUAL |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | $ 64.280.703,97 | $ 6.896.050,00 | $ 57.384.653,97 | | | |

**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:** Certificado parafiscales diciembre 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** | **Firma Supervisor** |
| **Nombre:** Paula Andrea Arenas Soto | **Nombre:** |
| **Dependencia:** Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud | **Dependencia:** |

**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**