

	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA						Código	GFFT14	
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN PARA PAGO						Versión	3	
							Fecha	8/03/2024	
CIUDAD Y FECHA DE CERTIFICACIÓN: Bogotá D.C. 11/04/2025									
EL SUSCRITO SUPERVISOR CERTIFICA QUE:									
Que FRANCISCO ALFORD BOJACÁ identificado con C.C. o NIT No. 80723384, cumplió a cabalidad con las obligaciones o actividades del contrato de prestación de servicios profesionales 50 de 2025, cuyp objeto es Prestar servicios profesionales al Grupo de Cobro Persuasivo y Jurisdicción Coactiva de la Dirección Financiera en la gestión y recuperación de la cartera que le sea asignada, así como para la atención de requerimientos de usuarios internos y externos, órganos de control, depuración de cartera y revisión de actos administrativos relativos a la función de cobro de la Entidad.									
PAGO CORRESPONDIENTE A: 01/03/2025 a 31/03/2025					VALOR A PAGAR:	8.568.000,00			
FACTURA No.	COMPROMISO PRESUPUESTAL(RP)	CÓDIGO RUBRO PRESUPUESTAL	CÓDIGO DEPENDENCIA	SALDO ANTERIOR	VALOR PRESENTE DE PAGO	SALDO DESPUÉS DE ESTE PAGO	FUENTE	RECURSO	VIGENCIA
631	35825	A-02-02-02-008-002	19-10-00 SU	85.680.000	8.568.000	77.112.000,00	PROPIOS	20	ACTUAL
					-				
TOTAL				85.680.000,00	8.568.000,00	77.112.000,00			
VALOR AHORRO CUENTAS AFC / PENSIONES VOLUNTARIAS					MES Y VALOR DE SEGURIDAD SOCIAL QUE ACREDITA: Marzo \$910,200				
\$									
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.									
<div><div>CARLOS ALBERTO ROBAYO SÁNCHEZ</div><div>Firmado digitalmente por CARLOS ALBERTO ROBAYO SÁNCHEZ Fecha: 2025.04.21 10:02:06 -05'00'</div></div>					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: CARLOS ALBERTO ROBAYO SANCHEZ									
Dependencia: GRUPO DE COBRO PERSUASIVO Y JURISDICCIÓN COACTIVA									
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									