FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	1430 del 01 de junio del 2024
Nombre del Contratista	**HAROLD JOSE BRITO MENDEZ**
N° de identificación	85.464.706
Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROCESO DE FACTURACIÓN DE TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD CONTRATADOS POR LA ESE ALPROREV
Valor total del Contrato	$10.000.000,00
Valor de honorarios periodo	$ 5.000.000,00
N° Pago / N° de informe:	1/1
N° CDP	1867 del 01 de junio del 2024
N° CRP	3407 del 01 de junio del 2024
Plazo del Contrato	2 meses
Fecha del Acta de Inicio	01 de junio del 2024
N° de planilla de pago de Seguridad social	9467247926
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**LIXARDO BALLESTEROS CERCHIARO – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO**
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	**N/A**
Tipo de modificación (adición – prórroga)	**N/A**
Valor adicionado	**N/A**
CDP de la adición	**N/A**
CRP de la adición	**N/A**
Tiempo prorrogado	**N/A**
C. POLIZAS	
N° de póliza	**N/A**
Nombre de la aseguradora	**N/A**
Fecha de la póliza	**N/A**
Acto Administrativo de Aprobación	**N/A**

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	**X**	
2.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar	**X**	

3.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento	**X**	
4.	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al mes de JUNIO del 2024.

La presente certificación se expide el mes de JUNIO en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR	Firma **LIXARDO BALLESTEROS CERCHIARO – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO**