FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	1327 DEL 01 DE JUNIO DE 2024
Nombre del Contratista	JUAN CARLOS VILLOTA ANDRADE
N° de identificación	72.190.113
Objeto del Contrato	APOYAR A AL SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA EN LA OPERACIÓN FINANCIERA DEL PROCESO DE FACTURACION PARA LA RED PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD DE LA ESE ALPROREV
Valor total del Contrato	$ 4.000.000
Valor de honorarios periodo	$ 2.000.000
N° Pago / N° de informe:	2 / 2
N° CDP	1816 mayo 20 de 2024
N° RP	3297 junio 01 de 2024
Plazo del Contrato	2 (DOS) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de junio del 2024
N° de planilla de pago de Seguridad social	4555797269
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LIXARDO BALLESTEROS – 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 julio del 2024
La presente certificación se expide el mes de julio en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR	Firma LIXARDO BALLESTEROS – Subgerente administrativo