FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	EB-569-2024
Nombre del Contratista	MARLON ENRIQUE JIMENEZ TORRES
N° de identificación	7629107
Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, HIGIENISTA ORAL, PROMOTOR O ADMINISTRADOR EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1032 DEL 2024 DE MINSALUD EN LA E.S.E. ALPROREV.
Valor total del Contrato	$ 11.200.000
Valor de honorarios periodo	$ 1.493.333
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	2,439 del 13 de Agosto del 2.024
N° CRP	4,890 de 22 de Agosto del 2.024
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES Y VEINTITRÉS (23) DIAS
Fecha del Acta de Inicio	Veintidós (22) de agosto del 2.024
N° de planilla de pago de Seguridad social	9470081751
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
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 Agosto del 2.024

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

FIRMA DEL SUPERVISOR	_____ Firma SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL