FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	2156 01octubre del 2024
Nombre del Contratista	LEYDIS MAURA ROJAS ALARCON
N° de identificación	1082901300
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO RADIOPERADOR DEL SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA PARA LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	$6.000.000
Valor de honorarios periodo	$2.000.000
N° Pago / N° de informe:	01
N° CDP	2,631
N° CRP	5,397
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 DE OCTUBRE DEL 2024
N° de planilla de pago de Seguridad social	9473729157
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	
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 #1 correspondiente al mes de octubre del 2024
La presente certificación se expide el mes de octubre 2024 en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR **Firmado Digitalmente. La autenticidad del presente documentos podrá ser validada en la página web:** **https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/**	---------- FIRMA ELECTRONICA DIGITAL LINA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL

Asunto: LEIDYS ROJAS
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 25/10/2024
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: 0695df6f-2a21-446d-be5a-36717f9b6516