FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	P-J-PS-011-2024
Nombre del Contratista	PATOLOGOS ASOCIADOS DEL MAGDALENA
N° de identificación	819001450-7
Objeto del Contrato	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ESTUDIOS EN PATOLOGIA QUIRURGICA Y CITO PATOLOGIA (CÉRVICO - UTERINA DE FLUIDOS CORPORALES), PARA LA POBLACION USUARIA DE LA E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND A TRAVES DE LA ESPECIALICIALIDAD DE ANATOMIA PATOLOGICA
Valor total del Contrato	60.000.000
Valor de honorarios periodo	**30,653,939**
N° Pago / N° de informe:	2
N° CDP	2167
N° CRP	4135
Plazo del Contrato	6meses
Fecha del Acta de Inicio	09/07/2024
N° de planilla de pago de Seguridad social	**9473162939**
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIA**
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	**N/A**
Tipo de modificación (adición – prórroga)	**N/A**
Valor adicionado	**N/A**
C. POLIZAS	
N° de póliza	**75-44-101138449 - 75-03-101011020**
Nombre de la aseguradora	**SEGUROS EL ESTADO**
Fecha de la póliza	**04/01/2026- 20/12/2024**

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 SEPTIEMBRE del 2024
La presente certificación se expide el mes de SEPTIEMBRE en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR	 Firma