FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	PS 1971 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
Nombre del Contratista	ARIANA PATRICIA ZAMBRANO NORIEGA
N° de identificación	1082917050
Objeto del Contrato	APOYAR A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA EN LA OPERACIÓN FINANCIERA DEL PROCESO DE FACTURACION PARA LA RED PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	8.000.000
Valor de honorarios periodo	2.000.000
N° Pago / N° de informe:	4/4
N° CDP	2368 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
N° CRP	4590 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
Plazo del Contrato	4 MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 DE AGOSTO DEL 2024
N° de planilla de pago de Seguridad social	4575225253
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**LIXARDO BALLESTEROS CERCHIARO – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO**

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 correspondiente al mes de noviembre del 2024

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

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