

Código: F-A-PAG-001

Versión: 001

Fecha de creación: 22/ABRIL/2024

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°	2333 del 01 de octubre de 2024		
Nombre del Contratista	ZOILA ROSA BERMÚDEZ CUCUNUBÁ		
N° de identificación	36.554.616		
Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA APOYAR A LA UNIDAD FUNCIONAL ADMINISTRATIVA DE ATENCION AL USUARIO EN LAS UPSS DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND		
Valor total del Contrato	\$ 10.570.257		
Valor de honorarios periodo	\$ 2.485.000		
N° Pago / N° de informe:	2		
N° CDP	2669		
N° CRP	5334		
Plazo del Contrato	Tres (3) meses		
Fecha del Acta de Inicio	01 de octubre de 2024		
N° de planilla de pago de Seguridad social	4574781217		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	EVA GARCIA RAMOS-PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO		
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 periodo del 9 de noviembre al 30 de noviembre 2024. La presente certificación se expide en el mes de <u>noviembre</u> de <u>2024</u> en el D.T.C. e H. de Santa Marta			
FIRMA DEL SUPERVISOR		Nombre del supervisor-Cargo del Supervisor EVA GARCIA RAMOS-PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	

Asunto: CERTIFICADO SUPERVISOR ZOILA
Motivo: SOPORTE CUENTA COBRO NOV
Fecha firma: 27/11/2024
Correo electrónico: evagarciaamos@hotmail.com
Nombre de usuario: EVA ROSA GARCIA RAMOS
ID transacción: 263c4f30-8e5b-4af0-8bc8-92b159e6e1b0

