FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PS-2188 DE 01 DE OCTUBRE DE 2024
Nombre del Contratista	RICARDO JOSE MORAN ESMERAL
N° de identificación	C.C. 1.042.346.463
Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO COMO OPERADOR DE LA CENTRAL DE CITAS DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	$ 6.000.000
Valor de honorarios periodo	$ 2.000.000
N° Pago / N° de informe:	(3) TRES
N° CDP	2,662 del 01 de octubre del 2024
N° CRP	5,363 del 01 de octubre del 2024
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de Octubre del 2024
N° de planilla de pago de Seguridad social	9477975570
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Lina Fernanda Armenta Rodríguez JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION
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 diciembre del 2024.

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

FIRMA DEL SUPERVISOR	Firma Lina Fernanda Armenta Rodríguez JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION