FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PS-2628 DEL 15 DE OCTUBRE DEL 2024
Nombre del Contratista	DIANA LUCIA LOZANO ROJAS
N° de identificación	CC 34.998.894
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE APOYO COMO OPERADOR DE LA CENTRAL DE CITAS DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	CINCO MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($ 5.000.000)
Valor de honorarios periodo	DOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($ 2.000.000)
N° Pago / N° de informe:	03 (ULTIMO PAGO)
N° CDP	2,662 DEL 15 DE OCTUBRE DEL 2024
N° CRP	5,850 DEL 15 DE OCTUBRE DEL 2024
Plazo del Contrato	76 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	15 DE OCTUBRE DEL 2024
N° de planilla de pago de Seguridad social	4581653951
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA FERNANDA ARMENTA RODRIGUEZ (JEFE DE OFICINA DE PLANEACION)
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 a los días del 1 al 31 del 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 RODRIGUEZ - JEFE DE OFICINA DE PLANEACION