FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	474 del 10 de Enero del 2025
Nombre del Contratista	MAIRA ALEJANDRA HOYOS GUTIERREZ
N° de identificación	1.082.944.046
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL COMO ORIENTADOR PARA APOYAR A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCION ADMINISTRATIVA AL USUARIO DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO
Valor total del Contrato	$ 2.800.000
Valor de honorarios periodo	$ 2.400.000
N° Pago / N° de informe:	1 (1)
N° CDP	171 del 07 de Enero de 2025
N° CRP	485 del 10 de Enero del 2025
Plazo del Contrato	52 Días
Fecha del Acta de Inicio	10 de Enero del 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	9479390231
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**EVA GARCIA RAMOS - PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÓN ALUSUARIO.**
UPSS	CENTRO DE SALUD BASTIDAS
Servicio	ATENCION AL USUARIO
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
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 **Enero** del 2025, basándome en el cumplimiento de las atenciones realizadas por el profesional según las valoraciones y el agendamiento de pacientes de dicho periodo, las cuales son soportadas en el informe de actividades por el médico y/o especialista. La presente certificación se expide el mes de **Enero** en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR	_____ Firma **EVA GARCIA RAMOS - PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÓN ALUSUARIO.**

Asunto: CERTIFICADO SUPERVISOR
Motivo: SOPORTE CUENTA COBRO ENERO 2025
Fecha firma: 31/01/2025
Correo electrónico: evagarciaramos@hotmail.com
Nombre de usuario: EVA ROSA GARCIA RAMOS
ID transacción: 2d1a65e6-cbd1-4df0-a87e-4cb91d07cf48