FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PJ-042-2025
Nombre del Contratista	LITOGUIA
N° de identificación	819.005.445-8
Objeto del Contrato	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INSUMOS PARA LA SEÑALIZACIÓN, DEMARCACIÓN Y DEMÁS ELEMENTOS DE APOYO VISUAL PARA LA ORIENTACIÓN A COLABORADORES, USUARIOS Y VISITANTES PARA LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND, UPSS Y CLINICA LA CASTELLANA
Valor total del Contrato	150.000.000
Valor de honorarios periodo	37.902.690
N° Pago / N° de informe:	06
N° CDP	494
N° CRP	1.094
Plazo del Contrato	10 MESES
Fecha del Acta de Inicio	24 FEBRERO 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	7981462399
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA ARMENTA – JEFE 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	**CG-1062246**
Nombre de la aseguradora	**SEGUROS MUNDIAL**
Fecha de la póliza	**25 FEBRERO 2025**
Acto Administrativo de Aprobación	**033**

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 AGOSTO del Año 2025.
La presente certificación se expide el mes de AGOSTO de 2025 en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR	Firma