



**HOSPITAL LOCAL EL RETÉN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
MUNICIPIO DE EL RETÉN-MAGDALENA
NIT. 819.001.796-1**



EL SUSCRITO ASISTENTE ADMINISTRATIVO CERTIFICA QUE:

Que XXXXXXXXXXXXXXXX, Identificado con cedula de ciudadanía XXXXXXXXXXXX de XXXXXXXXXXXXXXXX, ha cumplido a cabalidad con el objeto del contrato desarrollando todas las actividades relacionadas en su informe de manera satisfactoria.

DATOS DEL CONTRATO:	
CONTRATO NÚMERO :	
OBJETO:	
FECHA DE SUSCRIPCION:	
VALOR DEL CONTRATO :	
VALOR A COBRAR:	
PERIODO DE INFORME	
El contratista objeto de esta certificación presentó copia del comprobante de pago de aportes del Sistema de Seguridad Social Integral.	
SUPERVISOR:	FIRMA: _____ NOMBRE: SAID DAVID LARA GUTIERREZ CEDULA: 1.085.107.311 DE EL RETEN