FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	PIC – 019 DEL 30 DE ABRIL DEL 2025
Nombre del Contratista	MARIANA JOSE SIERRA CAMARGO
N° de identificación	1.083.027.527
Objeto del Contrato	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES QUE INTEGRAN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DIRIGIDAS A LA POBLACION DEL DISTRITO DE SANTA MARTA EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PIC 2025
Valor total del Contrato	$24.000.000
Valor de honorarios periodo	$4.000.000
N° Pago / N° de informe:	1/1
N° CDP	944
N° CRP	2328 DEL 30 DE ABRIL DEL 2025
Plazo del Contrato	SEIS MESES
Fecha del Acta de Inicio	30 de Abril del 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	Afiliaciones
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL**
UPSS	**PIC**
Servicio	AREA OPERATIVA

B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° de modificación	

C. POLIZAS

N° de póliza	46-03-101002400
Nombre de la aseguradora	**SEGUROS DEL ESTADO**
Fecha de la póliza	**2/05/2025**
Acto Administrativo de Aprobación	**057 del 30 de abril del 2025**

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 Mayo del 2025
En caso que se haya generado un pago anterior virtud del contrato, CERTIFICO que el informe de ejecución correspondiente a dicho periodo se encuentra publicado en SECOP II
La presente certificación se expide el mes de MAYO en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR **Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/**	_____ Firma ***SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL***

Vigilado Supersalud

Asunto: MARIANA SIERRA
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 25/05/2025
Correo electrónico: sammysil80@gmail.com
Nombre de usuario: SAMMY YESID SILVA POLO
ID transacción: e5a7edc0-5313-4228-8c82-9250be2fd376