# FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

## A. INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| **Contrato N°** | 1854 del 3 de Mayo del 2025 |
| **Nombre del Contratista** | ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA |
| **N° de identificación** | 36554616 |
| **Objeto del Contrato** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA APOYAR A LA UNIDAD FUNCIONAL ADMINISTRATIVA DE ATENCION AL USUARIO EN LAS UPSS DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND" |
| **Valor total del Contrato** | $ 10.650.000 |
| **Valor de honorarios periodo** | $3.550.000 |
| **N° Pago / N° de informe:** | 2 |
| **N° CDP** | 1067 |
| **N° CRP** | 2965 |
| **Plazo del Contrato** | 3 meses |
| **Fecha del Acta de Inicio** | 4 de Mayo del 2025 |
| **N° de planilla de pago de Seguridad social** | **4603912892** |
| **Nombre y cargo del supervisor del contrato** | EVA GARCIA RAMOS-PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÒN AL USUARIO |
| **UPSS** | IPC LA CANDELARIA -PARQUE-PANDO |
| **Servicio** | CONSULTA EXTERNA |

## 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** | **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 JUNIO 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 encuenta publicado en SECOP II La presente certificación se expide el mes de JUNIO en el D.T.C. e H. de Santa Marta

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL SUPERVISOR** | _____<br>EVA GARCIA RAMOS-PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÒN AL USUARIO<br>Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co |

Vigilado Supersalud

**Asunto:** CERTIFICADDO SUPERVISOR
**Motivo:** ZOILA BERMUDEZ JUNIO 2025
**Fecha firma:** 26/06/2025
**Correo electrónico:** evagarciaramos@hotmail.com
**Nombre de usuario:** EVA ROSA GARCIA RAMOS
**ID transacción:** a47627e3-33d3-4690-b3c6-e01e11d595ee