FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PJ-038-2026 del 06 de febrero del 2026
Nombre del Contratista	DISTRIBUCIONES CLINICAS DE LA COSTA S.A.S.
N° de identificación	900.619.755-5
Objeto del Contrato	COMPRA DE EQUIPOS E INSUMOS MEDICOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN LAS DIFERENTES UPSS DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	$ 109.383.030,00 COP
Valor de honorarios período	$ 109.383.030,00 COP
N° de Entrada / Factura	641488-641481/DC175560
N° Pago / N° de informe:	02
N° CDP	340 del 06 de febrero del 2026
N° CRP	1151del 06 de febrero del 2026
Plazo del Contrato	un (1) mes
Fecha del Acta de Inicio	06 de febrero del 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social:	35920235
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Sammy Yessid Silva Polo– supervisor

B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	

C. POLIZAS

N° de póliza	4436029
Nombre de la aseguradora	SEGUROS GENERALES SURAMENRICANA SA
Fecha de la póliza	21-01-2026
Acto Administrativo de Aprobación	aceptada

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado		
2.	El contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar		
3.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento		
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.		

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente a la factura DC175036 de febrero del 2026. La presente certificación se expide el mes de FEBRERO en el D.T.C e H. de Santa Marta

FIRMA DEL SUPERVISOR	**FIRMA DEL SUPERVISOR** **SAMMY SILVA POLO** **SUBGERENTE ASISTENCIAL**

Asunto: DISTRICLINICAL PJ 038-2026
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 20/02/2026
Correo electrónico: sammysil80@gmail.com
Nombre de usuario: SAMMY YESID SILVA POLO
ID transacción: a548f7d4-45db-466b-9377-55e06c54f092