

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°	PS-582 DE 2026		
Nombre del Contratista	RUPERTO TOMAS MORRON DE LA HOZ		
N° de identificación	CC: 7.592.633		
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL EN LAS ACTIVIDADES REALACIONADAS A LA COORDINACION MEDICA DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND		
Valor total del Contrato	\$18.000.000		
Valor de honorarios periodo	\$6.000.000		
N° Pago / N° de informe:	3/3		
N° CDP	126		
N° CRP	593		
Plazo del Contrato	78 DIAS		
Fecha del Acta de Inicio	13 DE ENERO DEL 2026		
N° de planilla de pago de Seguridad social	4642703745		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO, SUBGERENTE ASISTENCIAL		
UPSS	SEDE ADMINISTRATIVA		
SERVICIO	SUBGERENCIA ASISTENCIAL		
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	N O
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo acobrar	X	
3.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con preiacertificación del cumplimiento	X	
4.	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema deseguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	
<p>Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N°03 Del mes de MARZO de 2026. En caso de que se haya generado un pago anterior virtud de contrato, CERTIFICO que el informe de ejecución correspondientes al mes de dicho periodo se encuentra publicado en SECOP II.</p> <p>La presente certificación se expide EN EL MES DE MARZO de 2026, en el D.T.C. e H. de Santa Marta.</p>			

<b>FIRMA DE SUPERVISOR</b> Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web <a href="https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/">https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</a>	Firma NOMBRE: SAMMY SILVA POLO- Subgerente asistencial
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

**Asunto:** RUPERTO MORRON  
**Motivo:** CERTIFICADO DE SUPERVISOR  
**Fecha firma:** 20/03/2026  
**Correo electrónico:** sammysil80@gmail.com  
**Nombre de usuario:** SAMMY YESID SILVA POLO  
**ID transacción:** f126d9b1-9fba-46d6-b6d0-4a49ffedaa24

