| FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR | |
|---|---|
| **A. INFORMACIÓN GENERAL** | |
| **Contrato N°** | EB -148 del 16 de FEBRERO del 2026 |
| **Nombre del Contratista** | ANNY RAMOS ESCOBAR |
| **N° de identificación** | CC 1.082.929.268 |
| **Objeto del Contrato** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA EN LA ESE ALPROREV PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS SEGÚN RESOLUCIÓN 698 DEL 2025 DEL MSPS (RURAL) ASIS-122 |
| **Valor total del Contrato** | $ 33.600.000 |
| **Valor de honorarios periodo** | $ 4.200.000 |
| **N° Pago / N° de informe:** | UNO (1) |
| **N° CDP** | 415 |
| **N° CRP** | 1250 DEL 16 DE FEBRERO DEL 2026 |
| **Plazo del Contrato** | 120 DIAS |
| **Fecha del Acta de Inicio** | 16 de FEBRERO del 2026 |
| **N° de planilla de pago de Seguridad social** | AFILIACIONES |
| **Nombre y cargo del supervisor del contrato** | ***SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL*** |
| **UPSS** | SAN FERNANDO |
| **Servicio** | EQUIPOS BASICOS |
| **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** | 802088551 |
| **Nombre de la aseguradora** | CONFIANZA |
| **Fecha de la póliza** | 23/02/2026 |
| **Acto Administrativo de Aprobación** | 037 DEL 23 DE FEBRERO DE 2026 |

| 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 Febrero del 2026
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 Marzo 2026 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/**<br>_____<br>Firma<br>***SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL*** |