FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PIC-024-2026 DEL 01 DE MARZO DE 2026
Nombre del Contratista	XIOMARA MICHELL TIRADO CABEZAS
N° de identificación	CC. 1.007.820.082
Objeto del Contrato	*PRESTAR SUS SERVICIOS COMO COMUNICADOR SOCIAL PARA DIVULGACIÓN 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 2026. ASIS-138*
Valor total del Contrato	$ 7.000.000
Valor de honorarios periodo	$ 3.500.000
N° Pago / N° de informe:	002
N° CDP	454 DE FEBRERO DE 2026
N° CRP	1862 DEL 01 DE MARZO DE 2026
Plazo del Contrato	60 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	01 DE MARZO DE 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	**9503001668**
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)
Servicio	AREA ADMINISTRATIVA (CC. ACUARELA)-OPERATIVA
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 periodo de ABRIL del 2026.
En caso de 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 ABRIL 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/ _____ SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL

Vigilado Supersalud

Asunto: XIOMARA TIRADO
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 22/04/2026
Correo electrónico: sammysil80@gmail.com
Nombre de usuario: SAMMY YESID SILVA POLO
ID transacción: 6942f60a-8af4-4382-9562-c167aac5a184