

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°	PIC-034-2026 del 02 de Marzo del 2026		
Nombre del Contratista	ADRIANA DEL CARMEN GUTIERREZ BUSTAMANTE		
N° de identificación	49793696		
Objeto del Contrato	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN 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-142		
Valor total del Contrato	\$ 7.200.000		
Valor de honorarios periodo	\$ 3.600.000		
N° Pago / N° de informe:	2 (DOS)		
N° CDP	458 de Febrero del 2026		
N° CRP	1852 del 01 de Marzo del 2026		
Plazo del Contrato	DOS (2) meses		
Fecha del Acta de Inicio	02 de Marzo del 2026		
N° de planilla de pago de Seguridad social	36755933		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE		
UPSS	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC		
Servicio	AREA 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			
C. POLIZAS			
N° de póliza	1014521		
Nombre de la aseguradora	PREVISORA		
Fecha de la póliza	2/03/2026		
Acto Administrativo de Aprobación	043 DEL 02 DE MARZO 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	
<p>Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al mes 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</p> <p>La presente certificación se expide el mes de ABRIL en el D.T.C. e H. de Santa Marta</p>			
FIRMA DEL SUPERVISOR		<p>Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</p> <p>SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL</p>	

Asunto: ADRIANA GUTIERREZ

Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 22/04/2026

Correo electrónico: sammysil80@gmail.com

Nombre de usuario: SAMMY YESID SILVA POLO

ID transacción: 84bc688f-7d70-48e2-b91b-70429742de2e

