FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PIC-041 del 06 de MARZO del 2026
Nombre del Contratista	DINEYIS MARIA CHAVES MARTINEZ
N° de identificación	C.C 1.082.853.339
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:	2/2
N° CDP	458 del 24 de FEBRERO del 2026
N° CRP	1903 del 06 de MARZO del 2026
Plazo del Contrato	58 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	06 de MARZO del 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	**4650130894**
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL
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	N/A
C. POLIZAS	
N° de póliza	1014536
Nombre de la aseguradora	PREVISORA
Fecha de la póliza	04/03/2026
Acto Administrativo de Aprobación	047 DEL 06 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**	

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
La presente certificación se expide el mes de ABRIL DEL 2026 en el D.T.C. e H. de Santa Marta.

Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/ **FIRMA DEL SUPERVISOR**	_____ SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL

Vigilado Supersalud

Asunto: DINEYIS CHAVES
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 22/04/2026
Correo electrónico: sammysil80@gmail.com
Nombre de usuario: SAMMY YESID SILVA POLO
ID transacción: 633fac86-9b66-4158-94ee-71f249a6fc55