FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PS-688 del 23 de enero de 2026
Nombre del Contratista	CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
N° de identificación	1082943188
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN BRIGADAS EXTRAMURALES Y/O ATENCIÓN DOMICILIARIA A USUARIOS DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-030
Valor total del Contrato	$ 6.626.666
Valor de honorarios periodo	$ 2.800.000
N° Pago / N° de informe:	CUATRO (4)
N° CDP	112
N° CRP	831
Plazo del Contrato	30 DE ABRIL DEL 2026
Fecha del Acta de Inicio	23 de enero de 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	**1081462909**
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	Atención Domiciliaria
Servicio	Extramural
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	688-1
Tipo de modificación (adición – prórroga)	PROROGA
Valor adicionado	$ 2.800.000
CDP de la adición	667
CRP de la adición	2403
Tiempo prorrogado	UN MES
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 mes de ABRIL 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 ABRIL de 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/ Firma SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL

Vigilado Supersalud