FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	EB-052 DEL 18 DE 02 DEL 2026
Nombre del Contratista	MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO
N° de identificación	1085113731
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 (URBANO). ASIS-113
Valor total del Contrato	$ 25.600.000
Valor de honorarios periodo	$ 6.400.000
N° Pago / N° de informe:	003
N° CDP	CDP-414
N° CRP	RP-1234
Plazo del Contrato	120 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	18 DE FEBRERO DEL 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	9501536289
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	LA MANGUITA, MONTERREY, CIRCACIA Y INVASION ALTOS DEL MAR
Servicio	EQUIPOS BASICOS DE SALUD
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	**1014422**
Nombre de la aseguradora	**PREVISORA**
Fecha de la póliza	**18-02-2026**
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 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