FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	EB-073 DEL 16-FEBRERO-2026
Nombre del Contratista	MARLON ENRIQUE JIMENEZ TORRES
N° de identificación	7629107
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE 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-115
Valor total del Contrato	$12.600.000
Valor de honorarios periodo	$ 3.150.000
N° Pago / N° de informe:	SEGUNDA (2)
N° CDP	418
N° CRP	1199
Plazo del Contrato	120 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	16 DE FEBRERO DEL 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	9502041215
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO-SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	SANTA ELENA
Servicio	EQUIPOS BASICOS
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 mes de MARZO 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 MARZO 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