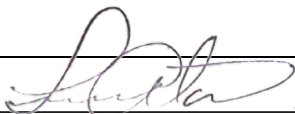


| FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. INFORMACIÓN GENERAL                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |    |
| Contrato N°                                                                                                                                                                 | NO. PS- 1606 de 01 mayo de 2025                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |    |
| Nombre del Contratista                                                                                                                                                      | RICARDO JOSE MORAN ESMERAL                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                  |    |
| N° de identificación                                                                                                                                                        | C.C. 1.042.346.463                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                  |    |
| Objeto del Contrato                                                                                                                                                         | PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYOCOMO OPERADOR DE LA CENTRAL DE CITAS DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND.                                                           |                                                                                                                                                                                  |    |
| Valor total del Contrato                                                                                                                                                    | \$ 7.200.000                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |    |
| Valor de honorarios periodo                                                                                                                                                 | \$ 2.400.000                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |    |
| N° Pago / N° de informe:                                                                                                                                                    | UNO (1)                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                  |    |
| N° CDP                                                                                                                                                                      | #1035 DE 30 DE ABRIL DE 2025                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |    |
| N° CRP                                                                                                                                                                      | #2667 DE 01 DE MAYO DE 2025                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |    |
| Plazo del Contrato                                                                                                                                                          | TRES (3) MESES                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                  |    |
| Fecha del Acta de Inicio                                                                                                                                                    | 01 DE MAYO DE 2025                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                  |    |
| N° de planilla de pago de Seguridad social                                                                                                                                  | 9485252272                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                  |    |
| Nombre y cargo del supervisor del contrato                                                                                                                                  | LINA FERNANDA ARMENTA RODRÍGUEZ<br>JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN                                                                                                             |                                                                                                                                                                                  |    |
| UPSS                                                                                                                                                                        | SEDE ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                  |    |
| Servicio                                                                                                                                                                    | CALL CENTER                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |    |
| 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 Mayo del 2025.                                |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |    |
| 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 Mayo en el D.T.C. e H. de Santa Marta                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |    |
| FIRMA DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                   | <div><div>Lina Fernanda Armenta Rodríguez<br/>JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION</div></div> |    |