FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	N° 079 DEL 1 DE ENERO DEL 2025
Nombre del Contratista	ANTONIO SEBASTIAN CUELLO PONZON
N° de identificación	1.083.010.695
Objeto del Contrato	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE ALPROREV"
Valor total del Contrato	$ 10.200.000
Valor de honorarios periodo	$ 5.100.000
N° Pago / N° de informe:	1
N° CDP	81
N° CRP	7
Plazo del Contrato	DOS (2) MESES
Fecha del Acta de Inicio	1 DE ENERO DE 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	7950785106
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
UPSS	CS DE TAGANGA
Servicio	URGENCIAS
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	1011854
Nombre de la aseguradora	PREVISORA
Fecha de la póliza	15/05/2024
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 **ENERO** del 2025, basándome en el cumplimiento de las atenciones realizadas por el profesional según las valoracionesy el agendamiento de pacientes de dicho periodo, las cuales son soportadas en el informe de actividades por el médico y/o especialista. La presente certificación se expide el mes de **ENERO** 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 **LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL**

Asunto: ANTONIO CUELLO
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 30/01/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: 0a90444e-ac48-40e1-966d-db83c222c9b4