

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°	PS-059 DEL 1° DE ENERO DE 2025		
Nombre del Contratista	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON		
N° de identificación	1.083.006.263		
Objeto del Contrato	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL AREA RURAL DE LA ESE ALPROREV."		
Valor total del Contrato	\$ 14.486.650		
Valor de honorarios periodo	\$ 7.243.325		
N° Pago / N° de informe:	01		
N° CDP	20		
N° CRP	82		
Plazo del Contrato	DOS (2) MESES		
Fecha del Acta de Inicio	29 DE ENERO DE 2025		
N° de planilla de pago de Seguridad social	9480915117		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA GOMEZ VELEZ – Médico Apoyo al Área Asistencial		
UPSS	GUACHACA		
Servicio	URGENCIAS		
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° de modificación			
Tipo de modificación (adicción – prórroga)			
Valor adicionado			
CDP de la adición			
CRP de la adición			
Tiempo prorrogado			
C. POLIZAS			
N° de póliza	62-03-101064669		
Nombre de la aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		
Fecha de la póliza	29/01/2025		
Acto Administrativo de Aprobación	ACTA DE APROBACION		
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 valoraciones y 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 en el mes de ENERO de 2025 en el D.T.C. e H. de Santa Marta			
Firmado digitalmente. La autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/		Firma Electrónica Digital LINA GOMEZ VELEZ MEDICO APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DEL AREA ASISTENCIAL	

Asunto: CARLOS RETAMOZO
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 03/02/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: cb94d000-190a-48cb-a93d-64e9b8157d44

