

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°		N° 681 DEL 3 DE FEBRERO DEL 2025	
Nombre del Contratista		JOSE MIGUEL COTES RODRIGUEZ	
N° de identificación		1.083.001.722	
Objeto del Contrato		“PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE ALPROREV”	
Valor total del Contrato		\$ 4.935.000	
Valor de honorarios periodo		\$ 3.525.000	
N° Pago / N° de informe:		1	
N° CDP		333	
N° CRP		887	
Plazo del Contrato		26 DIAS	
Fecha del Acta de Inicio		3 DE FEBRERO DE 2025	
N° de planilla de pago de Seguridad social		9480684768	
Nombre y cargo del supervisor del contrato		LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL	
UPSS		PS DE TIGRERA	
Servicio		CONSULTA EXTERNA	
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		16880	
Nombre de la aseguradora		PROMEDICO	
Fecha de la póliza		26/09/2024	
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 del 3 AL 28 DE FEBRERO 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 el mes de FEBRERO 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: JOSE COTES RODRIGUEZ

Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 20/02/2025

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: e51d317e-3cb1-4c83-8e11-3e695aea995c

