FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	N° 752 DEL 1 DE MARZO 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	619
N° CRP	1340
Plazo del Contrato	DOS (2) MESES
Fecha del Acta de Inicio	1 DE MARZO DEL 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	7960877602
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 MARZO del año 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.
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 **LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL**

Vigilado Supersalud

Asunto: ANTONIO CUELLO
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 27/03/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: 70cc4d51-e869-4daa-a402-d5515e664dd7