FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PS-1529 DEL 1 DE MAYO 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	$ 15.300.000
Valor de honorarios periodo	$ 5.100.000
N° Pago / N° de informe:	1
N° CDP	1009
N° CRP	2628
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	1 DE MAYO DEL 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	7968422353
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°0058 (01/05/2025)**

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 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 **MAYO** 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	Lina Gómez Vélez **LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL**

Vigilado Supersalud