FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	PS-2325-2025
Nombre del Contratista	ANA MARCELA TORRES COVILLA
N° de identificación	1083042949
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE ALPROREV
Valor total del Contrato	$5.287.500
Valor de honorarios periodo	$822.500
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	1365 del 16 de junio del 2025
N° CRP	4539 del 23 de junio del 2025
Plazo del Contrato	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
Fecha del Acta de Inicio	23 de junio del 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	9488974565
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA GOMEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL
UPSS	EXTRAMURAL
Servicio	MEDICO CONSULTA EXTERNA
MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	
POLIZAS	
N° de póliza	1012249
Nombre de la aseguradora	PREVISORA SEGUROS
Fecha de la póliza	09/08/2024
Acto Administrativo de Aprobación	N°0008 DEL 23 DE JUNIO DE 2025

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar	X	
	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento	X	
	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 junio 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.
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 julio 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 GOMEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL

Vigilado Supersalud

Asunto: ANA TORRES
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 22/07/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: 657a09bb-58e5-4402-b245-b77dd303f17f