FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	1549 del 01 de Mayo del 2025
Nombre del Contratista	**ELSA MARGARITA JIMENEZ LOPEZ**
N° de identificación	**36.641.212**
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE ALPROREV.
Valor total del Contrato	$10.575.000
Valor de honorarios periodo	$ 3.525.000
N° Pago / N° de informe:	3/3
N° CDP	1003
N° CRP	2600 del 01 de mayo del 2025
Plazo del Contrato	3 MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de Mayo del 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	4612153872
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
UPSS	Puesto de Salud Oasis y Extramural B
Servicio	MEDICO CONTULTA EXTERNA

B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	

C. POLIZAS

N° de póliza	802068559
Nombre de la aseguradora	**CONFIANZA**
Fecha de la póliza	**27/01/2025**
Acto Administrativo de Aprobación	0058 del 01 de mayo del 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 Julio 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 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 MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL

Vigilado Supersalud

Asunto: ELSA JIMENEZ
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 22/07/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: 9e623282-b489-4723-96f4-5f411b3ebb7c