FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	PS-1548 DEL 01 DE MAYO DEL 2025
Nombre del Contratista	CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
N° de identificación	1.193.465.670
Objeto del Contrato	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERALEN 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
N° CDP	1003
N° CRP	2601
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 DE MAYO DEL 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	9488573825
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
UPSS	CS DE LA PAZ
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	**900001229513**
Nombre de la aseguradora	**SEGUROS SURA**
Fecha de la póliza	**09/09/2024**
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 **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: CARMEN RAMOS
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 22/07/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: 1811bdd1-9bb5-4138-b9a8-00e623067c0f