

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR
A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	N° PS-1542-2025 DEL 01.05.2025
Nombre del Contratista	AIDA ESTHER ORTIZ CASTILLA
N° de identificación	36622528
Objeto del Contrato	“PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL 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:	TRES(03)
N° CDP	1003 del 01 de mayo del 2025
N° CRP	2607 del 01 de mayo de 2025
Plazo del Contrato	TRES(03) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de MAYO del 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	7975927762
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ- Médico Apoyo al área asistencial
UPSS	CENTRO DE SALUD BASTIDAS
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	62-03-101058381
Nombre de la aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO
Fecha de la póliza	2024-11-05
Acto Administrativo de Aprobación	0058 DEL 2025.05.01

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

Asunto: AIDA ORTIZ

Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 22/07/2025

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: c4fe9835-f0ee-4efb-bca0-dc2814407fe8

