

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR				
INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato N°		PS-2910-2025		
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		\$10.575.000		
Valor de honorarios periodo		\$3.525.000		
N° Pago / N° de informe:		UNO (1)		
N° CDP		2329		
N° CRP		6499		
Plazo del Contrato		TRES (3) MESES		
Fecha del Acta de Inicio		04 de SEPTIEMBRE del 2025		
N° de planilla de pago de Seguridad social		9390834990		
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°0093 DEL 04 DE SEPTIEMBRE 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 septiembre 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 septiembre 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: 24/09/2025

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: 775513f8-2498-4c0f-8fdc-6448f23340e8

