

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	PS-2852 del 01 de septiembre del 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. ASIS-004
Valor total del Contrato	\$ 10.575.000
Valor de honorarios periodo	\$ 3.525.000
N° Pago / N° de informe:	UNO (01)
N° CDP	2324
N° CRP	6493
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de SEPTIEMBRE del 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	7979409960
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	SEGURO DEL ESTADO
Fecha de la póliza	05.11.2024
Acto Administrativo de Aprobación	0093 DEL 04.09.2025

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 septiembre del 2025 En caso de 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 MARGARITA GOMEZ VELEZ – Médico apoyo área asistencial

Asunto: AIDA ORTIZ

Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 24/09/2025

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: d6bb8d28-970a-46f2-a331-085908517ef1

