

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°	PS-575 del 13 de enero de 2026		
Nombre del Contratista	MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ		
N° de identificación	CC 1.082.915.355		
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO EN EL LABORATORIO CLINICO DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-019		
Valor total del Contrato	\$ 12.000.000		
Valor de honorarios periodo	\$ 4.000.000		
N° Pago / N° de informe:	DOS (2)		
N° CDP	17		
N° CRP	606		
Plazo del Contrato	SETENTA Y OCHO (88) DIAS		
Fecha del Acta de Inicio	13 DE ENERO DE 2026		
N° de planilla de pago de Seguridad social	9498577708		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ MEDICO APOYO AI AREA ASISTENCIAL		
UPSS	CLINICA CASTELLANA		
Servicio	LABORATORIO CLINICO		
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° de modificación	N/A		
Tipo de modificación (adición – prórroga)	N/A		
Valor adicionado	N/A		
CDP de la adición	N/A		
CRP de la adición	N/A		
Tiempo prorrogado	N/A		
C. POLIZAS			
N° de póliza	46-03-101002420		
Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado		
Fecha de la póliza	Desde 15-05-2025 Hasta 15-05-2026		
Acto Administrativo de Aprobación	Acta N° 013 DEL 13 DE ENERO DE 2026		
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	
<p>Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al mes de FEBRERO del 2026.</p> <p>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</p> <p>La presente certificación se expide el mes de FEBRERO DE 2026 en el D.T.C. e H. de Santa Marta</p>			
FIRMA DEL SUPERVISOR Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/		<p style="text-align: center;">Firma</p> <p style="text-align: center;">LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ MEDICO APOYO AI AREA ASISTENCIAL</p>	

Asunto: MARIA ESCOBAR

Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 24/02/2026

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: b68573dd-f624-49ac-a9cd-53c6a496a149

