FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	339 DEL 03 E N E R O DEL 2026
Nombre del Contratista	LEYDIS MAURA ROJAS ALARCON
N° de identificación	1082901300
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO RADIOPERADOR EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA E.S.E ALEJANDRO PROPERO REVERAND. ASIS-044
Valor total del Contrato	$ 7.200.000
Valor de honorarios periodo	$ 2.400.000
N° Pago / N° de informe:	02
N° CDP	15
N° CRP	350
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Acta de Inicio	03 DE ENERO DEL 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	9499911433
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL
UPSS	CLINICA CASTELLANA
Servicio	URGENCIAS

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	**N/A**
Nombre de la aseguradora	**N/A**
Fecha de la póliza	**N/A**
Acto Administrativo de Aprobación	**N/A**

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 FEBRERO del 2026.
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 FEBRERO 2026 en el D.T.C. 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: LEIDYS ROJAS
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 23/02/2026
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: e8d8f621-955e-44f1-8a69-3560483ae4ff