FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	PS-287 02 de ENERO del 2026
Nombre del Contratista	ANA MARCELA TORRES COVILLA
N° de identificación	1083042949
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EXTRAMURAL DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND.ASIS-036
Valor total del Contrato	$10.575.000
Valor de honorarios periodo	$3.525.000
N° Pago / N° de informe:	TRES
N° CDP	10
N° CRP	211
Plazo del Contrato	89 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	02 de ENERO del 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	9500307400
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA GOMEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL
UPSS	EXTRAMURAL
Servicio	MEDICO CONSULTA EXTERNA

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	**1012249**
Nombre de la aseguradora	**PREVISORA**
Fecha de la póliza	**23/07/2025**
Acto Administrativo de Aprobación	N°002 DEL 02 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**	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor otorgo la aprobación para el pago correspondiente al mes de marzo del año 2026, con base en la productividad y el cumplimiento de las atenciones realizadas por el profesional. Dichas actividades se encuentran debidamente soportadas mediante las valoraciones y los agendamientos de pacientes del período, los cuales están anexos en el informe de actividades presentado 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 marzo del 2026 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: 26/03/2026
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: bd930001-69fd-43a6-8aba-e77cc19dfe37