

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°	PS-003-1 del 01 de enero de 2026		
Nombre del Contratista	ANTONIO SEBASTIAN CUELLO PONZON		
N° de identificación	1.083.010.695		
Objeto del Contrato	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN LAS URGENCIAS DE LOS CENTROS DE SALUD Y CLÍNICA LA CASTELLANA DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-038"		
Valor total del Contrato	\$ 15.300.000		
Valor de honorarios período	\$ 5.100.000		
N° Pago / N° de informe:	3		
N° CDP	12		
N° CRP	29		
Plazo del Contrato	90 DIAS		
Fecha del Acta de Inicio	1 DE ENERO DE 2026		
N° de planilla de pago de Seguridad social	6008166234		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL		
UPSS	CS DE TAGANGA		
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	1013380		
Nombre de la aseguradora	PREVISORA		
Fecha de la póliza	21/05/2025		
Acto Administrativo de Aprobación	N°001 (01/01/2026)		
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 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 – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL	

Vigilado Supersalud

Asunto: ANTONIO CUELLO

Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 25/03/2026

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: c8c1277a-94ce-4230-8dea-2a16f3783da2

