

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:	CUATRO		
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	9501973385		
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	PS-287-1		
Tipo de modificación (adición – prórroga)	ADICION		
Valor adicionado	\$3.525.000		
CDP de la adición	1223		
CRP de la adición	2696		
Tiempo prorrogado	1 MES		
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 abril 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 periodo, 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 abril 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: 27/04/2026

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: 16a5a643-b99a-45d7-bd00-89d3419659f5

