

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	\$ 20.400.000		
Valor de honorarios periodo	\$ 5.100.000		
N° Pago / N° de informe:	4		
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	6012423225		
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	003-1		
Tipo de modificación (adición – prórroga)	ADICION		
Valor adicionado	\$ 5.100.00		
CDP de la adición	666		
CRP de la adición	2262		
Tiempo prorrogado	UN (1) MES		
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	
<p>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 período, los cuales están anexos en el informe de actividades presentado por el médico y/o especialista.</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 ABRIL en el D.T.C. e H. de Santa Marta</p>			
FIRMA DEL SUPERVISOR			
<p>Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</p>		<p>_____</p> <p>Firma</p> <p>LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL</p>	

Asunto: ANTONIO CUELLO
Motivo: CERTIFICADO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 23/04/2026
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: caf81371-1f4c-4363-8c91-e8e801c01b7c

