Señores:
SECRETARIA DE HACIENDA
Alcaldía de Soacha
Ciudad

ASUNTO: CERTIFICACION INFORMACION.

Yo **CAROLINA BARRAGAN MEJIA** en mi calidad de Supervisor de la **Secretaría de Salud / Dirección de Salud Pública** por medio de la presente me permito certificar que, se procede a la verificación y firma de la cuenta de cobro presentada por el contratista señor(a) **MARIA ALEJANDRA BRIÑEZ identificado** con número de cédula **1001046163,** dentro del contrato de prestación de servicios **No. 2093-2025**, con fecha de inicio 6/08/2025 y fecha de terminación 31 17/12/2025. Fecha de suscripción del contrato 5/08/2025, objeto contractual PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA EN LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA SS463 , valor del contrato **10.560.000** y plazo de ejecución
CUATRO (4) MESES Y DOCE (12) DIAS SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025.

Como supervisor del contrato ***certifico*** que verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto al cargué y validación en la plataforma SECOP II de:

- Informe de actividades
- Informe de Supervisión
- Planilla de pago de seguridad social con la cual se tramito la cuenta.

NOTA: la presente certificación aplica para las secretarias que no expidieron actas de inicio a sus contratistas.

Se firma en Soacha, Agosto del año 2025.

Atentamente,

CAROLINA BARRAGAN MEJIA
Dirección de Salud Pública
(Supervisor)

Elaboró: Carolina Barragan / Auxiliar en salud .

Powered by CamScanner