

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR				
A. INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato N°		PS – 2537 – 01 de septiembre de 2025		
Nombre del Contratista		WENDY ISABEL CAMPO CHARRIS		
N° de identificación		1,004,376,233		
Objeto del Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE URGENCIAS EN LAS UNIDADES DE LA E.S.E ALPROREV		
Valor total del Contrato		\$ 7.200.000		
Valor de honorarios periodo		\$ 2.400.000		
N° Pago / N° de informe:		001		
N° CDP		2298 del 01 de septiembre de 2025		
N° CRP		6282 del 01 de septiembre de 2025		
Plazo del Contrato		TRES (3) MESES		
Fecha del Acta de Inicio		01 de septiembre de 2025		
N° de planilla de pago de Seguridad social		9490730016		
Nombre y cargo del supervisor del contrato		ERIKA MORALES BRUGES-COORDINADORA DEL AREA DE enfermería y supervisora.		
UPSS		CLÍNICA LA CASTELLANA		
Servicio		URGENCIAS		
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
N° de modificación				
Tipo de modificación (adición – prórroga)				
Valor adicionado				
CDP de la adición				
CRP de la adición				
Tiempo prorrogado				
C. POLIZAS				
N° de póliza		N/A		
Nombre de la aseguradora		N/A		
Fecha de la póliza		N/A		
Acto Administrativo de Aprobación		N/A		
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 doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al mes de septiembre del 2025 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 septiembre en el D.T.C. e H. de Santa Marta				
FIRMA DEL SUPERVISOR		Firma Erika Morales Bruges. coordinadora del área de enfermería y supervisora Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/		

Asunto: WENDY ISABEL CAMPO CHARRIS
Motivo: FORMATOS DE SUPERVISOR
Fecha firma: 23/09/2025
Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com
Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES
ID transacción: 488f03de-5a2f-4f5d-a617-cb1dc4aaa418

