

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR

A. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato N°	PS-2900 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Nombre del Contratista	LAURA ISABEL JULIO FANDIÑO
N° de identificación	36.696.408 SANTA MARTA
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE URGENCIAS EN LAS UNIDADES DE LA E.S.E ALPROREV. ASIS-038
Valor total del Contrato	\$ 7.200.000
Valor de honorarios periodo	\$2.400.000
N° Pago / N° de informe:	01
N° CDP	2298 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
N° CRP	6531 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Plazo del Contrato	87 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
N° de planilla de pago de Seguridad social	4620510528+4623029944
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES- coordinadora y supervisora del área de enfermería
UPSS	CLINICA LA CASTELLANA
Servicio	AUXILAR AMBULANCIAS 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	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

Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web <https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/>

ERIKA MORALES BRUGES- coordinadora y supervisora del área de enfermería

Asunto: LAURA ISABEL JULIO FANDIÑO
Motivo: FORMATOS DE SUPERVISOR
Fecha firma: 25/09/2025
Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com
Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES
ID transacción: 06caf715-837b-4376-8621-fc4735b0e56b

