

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°		3094 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2025	
Nombre del Contratista		ELINA MERCEDES ROYERO ALMARIO	
N° de identificación		1.083.020.800	
Objeto del Contrato		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA INTEGRAL EN LAS UNIDADES DEL AREA RURAL DE LA ESE ALPROREV.	
Valor total del Contrato		\$ 10.500.000	
Valor de honorarios periodo		\$ 3.500.000	
N° Pago / N° de informe:		03	
N° CDP		2359	
N° CRP		6829	
Plazo del Contrato		SETENTA Y NUEVE (79) DIAS	
Fecha del Acta de Inicio		15 DE SEPTIEMBRE DE 2025	
N° de planilla de pago de Seguridad social		7991641879	
Nombre y cargo del supervisor del contrato		ERIKA IRIS MORALES BRUGES Coordinadora del Área De Enfermería y Supervisora	
UPSS		CENTRO DE SALUD DE GUACHACA	
Servicio		APOYO PROFESIONAL COMO ENFERMERA INTEGRAL	
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° de modificación		N/A	
Tipo de modificación (adicción – 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		46-03-101002166	
Nombre de la aseguradora		SEGUROS DEL ESTADO	
Fecha de la póliza		19/02/2025	
Acto Administrativo de Aprobación		ACTA No. 104 DEL 12/09/2025	
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 periodo del mes de NOVIEMBRE del 2025.			
En caso de 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 NOVIEMBRE del año 2025 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 IRIS MORALES BRUGES Coordinadora del Área De Enfermería y Supervisora	

Vigilado Supersalud

Asunto: ELINA MERCEDES ROYERO ALMARIO

Motivo: FORMATO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 25/11/2025

Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com

Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES

ID transacción: cd9def17-656d-4b3a-a839-414c877b1035

