FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	440 del 07 de enero del 2026
Nombre del Contratista	**MARIA VICTORIA REBOLLEDO CASTILLO**
N° de identificación	1.007.783.263
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA EN EL ÁREA URGENCIAS DE LOS CENTROS DE SALUD Y CLÍNICA LA CASTELLADA DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-083.
Valor total del Contrato	$ 10.500.000
Valor de honorarios periodo	$ 3.500.000
N° Pago / N° de informe:	Dos
N° CDP	45
N° CRP	458
Plazo del Contrato	84 días
Fecha del Acta de Inicio	07 de enero del 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	9498676936
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES - COORDINADORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA
UPSS	Centro de Salud IPC
Servicio	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	802084375
Nombre de la aseguradora	**CONFIANZA**
Fecha de la póliza	**01/01/2026 hasta 01/01/2027**
Acto Administrativo de Aprobación	2026-01-07

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 febrero del 2026 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 febrero de 2026 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/**	Firma **ERIKA MORALES BRUGES - COORDINADORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA**

Vigilado Supersalud

Asunto: MARIA VICTORIA REBOLLEDO CASTILLO
Motivo: FORMATO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 26/02/2026
Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com
Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES
ID transacción: e686485a-fe41-4909-bc70-75665733e425