FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	**PS-419** DEL 7 DE ENERO DE 2026
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 ÁREA RURAL DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-095**
Valor total del Contrato	$ 10.500.000
Valor de honorarios periodo	$ 3.500.000
N° Pago / N° de informe:	02
N° CDP	57
N° CRP	440
Plazo del Contrato	OCHENTA Y CUATRO (84) DIAS
Fecha del Acta de Inicio	7 DE ENERO DE 2026
N° de planilla de pago de Seguridad social	**6004345721**
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 (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	802080995
Nombre de la aseguradora	CONFIANZA
Fecha de la póliza	24/09/2025
Acto Administrativo de Aprobación	ACTA No. 007 DEL 7 DE ENERO DEL 2026

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 **FEBRERO** del 2026.
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 **FEBRERO** del año 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/	**ERIKA IRIS MORALES BRUGES** Coordinadora del Área De Enfermería y Supervisora

Vigilado Supersalud

Asunto: ELINA MERCEDES ROYERO ALMARIO
Motivo: FORMATO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 24/02/2026
Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com
Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES
ID transacción: 9866b586-251a-4437-986a-36b99f5ba0b1