

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACION GENERAL			
Contrato N°	N° 310 del 02 de ENERO del 2026		
Nombre del Contratista	LADY MARIANA CUELLO PEZZOTTI		
N° de identificación	1.084.728.300		
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:	3/3		
N° CDP	N° 45		
N° CRP	N° 303		
Plazo del Contrato	89 DIAS		
Fecha del Acta de Inicio	02 DE ENERO DEL 2026		
N° de planilla de pago de Seguridad social	4647915139		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES – COORDINADORA DEL AREA DE ENFERMERIA Y SUPERVISORA.		
UPSS	CLINICA LA CASTELLANA		
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	N° 7503101019708		
Nombre de la aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		
Fecha de la póliza	15/10/2025		
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 MARZO 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 MARZO 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 AREA DE ENFERMERIA Y SUPERVISORA.	

Asunto: LEIDY CUELLO PEZZOTTI
Motivo: FORMATO DE SUPERVISOR
Fecha firma: 25/03/2026
Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com
Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES
ID transacción: afe59c00-05aa-49df-9313-446f6c9c66a1

