

FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISOR			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Contrato N°	215 del 02 de enero del 2026		
Nombre del Contratista	MONICA PATRICIA FAJARDO CABARCA		
N° de identificación	26.670.644		
Objeto del Contrato	"PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL ÁREA URGENCIAS DE LOS CENTROS DE SALUD Y CLÍNICA LA CASTELLADA DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-078.		
Valor total del Contrato	\$7.200.000		
Valor de honorarios periodo	\$ 2.400.000		
N° Pago / N° de informe:	Tres		
N° CDP	40		
N° CRP	334		
Plazo del Contrato	89 días		
Fecha del Acta de Inicio	02 de enero del 2026		
N° de planilla de pago de Seguridad social	9500281786		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES - COORDINADORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA		
UPSS	Centro de salud IPC la Candelaria		
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/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 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 ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA	

Asunto: MONICA PATRICIA ORTIZ ARAUJO

Motivo: FORMATO DE SUPERVISOR

Fecha firma: 25/03/2026

Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com

Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES

ID transacción: 34adeabb-422b-420a-9fd1-23908e8a6abc

