

**EL/LA SUSCRITO SUBGERENTE CIENTIFICO DE LA
E.S.E HOSPITAL LA CANDELARIA**

Hacer constar

Que, **CANDELARIA DEL CARMEN AMARIS GONZALEZ** identificado con la cédula de ciudadanía N°, **1126127178** cumplió con el objeto y las obligaciones contractuales descritas en el contrato que se detalla a continuación:

CONCEPTO	INFORMACIÓN
TIPO Y N° DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios No 944
NUMERO DE CDP	634
NUMERO DE RP	1553
OBJETO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
FECHA DE INICIO	3/06/2026
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	30/06/2026
PERIODO CERTIFICADO	JUNIO-2026
VALOR A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	1760000

El Supervisor del contrato manifiesta que **no se presentaron situaciones de hecho o de derecho, propias o ajenas, que afectaran la ejecución del objeto contractual**, y que el mismo **se recibió a satisfacción, conforme a lo establecido en el contrato.**

Así mismo, certifica que **el pago del contratista queda sujeto a presentación y cumplimiento del el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y/o aportes parafiscales a que está obligado**, de conformidad con la normatividad vigente.

La presente certificación se expide para efectos de trámite de pago.

Se expide en **El Banco, Magdalena**, a los **Treinta (30) días del mes de Junio de 2026.**


HECTOR AUGUSTO MORA BEÑEO
SUBGERENTE CIENTIFICO
E.S.E Hospital La Candelaria