

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

**Hacer constar**

Que, **CELENIA BARROS MOYA** identificado con la cédula de ciudadanía N°, **1030536938** cumplió con el objeto y las obligaciones contractuales descritas en el contrato que se detalla a continuación:

CONCEPTO	INFORMACIÓN
<b>TIPO Y N° DE CONTRATO</b>	Contrato de Prestación de Servicios No 945
<b>NUMERO DE CDP</b>	634
<b>NUMERO DE RP</b>	1554
<b>OBJETO</b>	AUXILIAR DE ENFERMERIA
<b>FECHA DE INICIO</b>	3/06/2026
<b>FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO</b>	30/06/2026
<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	JUNIO-2026
<b>VALOR A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO</b>	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 BEÑÓ**  
**SUBGERENTE CIENTIFICO**  
E.S.E Hospital La Candelaria