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

Hacer constar

Que, **ANYI RAD VELEZ** identificado con la cédula de ciudadanía N°, **1216966817** cumplió con el objeto y las obligaciones contractuales descritas en el contrato que se detalla a continuación:

CONCEPTO	INFORMACIÓN
TIPO Y Nº DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios No 992
NUMERO DE CDP	634
NUMERO DE RP	1541
OBJETO	AUXILIAR DE FARMACIA
FECHA DE INICIO	2/06/2026
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 BELEÑO
SUBGERENTE CIENTIFICO
E.S.E Hospital La Candelaria
-