	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA BIENES, SERVICIOS Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO : AP-CT-F-52-03
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/03/2019

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No de contrato u orden de servicio:	020-2024	Fecha Contrato d/m/a	10/04/2024
Nombre del contratista:	SICMAFARMA S.A.S.	NIT/ N° identificación	900332426-3
Objeto:	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LAS UNIDADES DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		
TIPO DE CONTRATO:	SUMINISTRO		

Datos del Contrato	CDP		CRP		Valor del Contrato
	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Inicial	319	12/03/2024	21356	22/03/2024	$ 43.445.592
Otrosí adición No. 1					
Otrosí adición No. 2					
Otrosí adición No. 3					
Otrosí adición No. 4					
Otrosí adición No. 5					
				Valor Total	$ 43.445.592

Mauricio Perez
CXP
07.05.24.

Plazo del Contrato	
Plazo (Meses y Días):	60 DIAS
Inicio *	10/04/2024
Otrosí prorroga No. 1	
Otrosí prorroga No. 2	
Otrosí prorroga No. 3	
Otrosí prorroga No. 4	
Terminación *	9/06/2024

* Indicar en dd/mm/aaaa

EJECUCION DEL CONTRATO

Periodo Ejecutado	Fecha Factura o Cuenta de Cobro (dd/mm/aaaa)	N° Factura o Cuenta de Cobro	Valor Factura o Cuenta de Cobro	IVA	Total factura o Cuenta de Cobro	Total Certificado	Saldo por ejecutar	Observaciones
abr-24	17/04/2024	79917	$ 4.405.510	$ -	$ 4.405.510	$ 4.405.510	$ 39.040.082	
abr-24	17/04/2024	79918	$ 148.400	$ -	$ 148.400	$ 148.400	$ 38.891.682	
abr-24	17/04/2024	79919	$ 513.040	$ -	$ 513.040	$ 513.040	$ 38.378.642	
abr-24	17/04/2024	79920	$ 8.437.100	$ -	$ 8.437.100	$ 8.437.100	$ 29.941.542	
abr-24	17/04/2024	79923	$ 4.460.400	$ -	$ 4.460.400	$ 4.460.400	$ 25.481.142	
abr-24	17/04/2024	79924	$ 743.400	$ -	$ 743.400	$ 743.400	$ 24.737.742	
							$ 24.737.742	
							$ 24.737.742	
Valor total ejecutado					$ 18.707.850	$ 18.707.850	$ 24.737.742	

Nombre del Supervisor:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO
Unidad de Servicios de Salud y área:	DIRECTOR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

OBSERVACIONES

Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad, en consecuencia certifico el pago de la factura o cuenta de cobro número:

79917 79918 79919 79920 79923 79924

Nota: En caso de incumplimiento, no certificar e indicar lo pertinente de manera oficial a la Oficina Jurídica

Porcentaje de Ejecución en Dinero:	43,06%	Porcentaje de Ejecución en Tiempo:	35,00%

Teheran

DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO
Firma del Supervisor del Contrato

Cumplimiento