| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA BIENES, SERVICIOS Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-52 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 10/03/2025 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No de contrato u orden de servicio:** | **029-2025** | **Fecha Contrato d/m/a** | 28/04/2025 |
| **Nombre del contratista:** | **IMPLANTECH LTDA** | **NIT/ N° Identificación** | 900.252.798-4 |
| **Objeto:** | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, CIRUGÍA DE TÓRAX, CIRUGÍA DE MANO, CIRUGÍA ARTROSCÓPICA, CIRUGÍA DE TRAUMA, CIRUGÍA DE COLUMNA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, CIRUGÍA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y TODAS LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS QUE ASÍ LOS REQUIERAN DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NTEGRADA 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** | 406 | 27/02/2025 | 20545 | 12/04/2025 | $ 54.802.647 |
| **Otrosí adición No.** | | | | | |
| **Otrosí adición No.** | | | | | |
| **Otrosí adición No.** | | | | | |
| | | | | **Valor Total contrato** | **$ 54.802.647** |

Mauricio Rios
CxP
06. 06. 25

| Plazo del Contrato | |
|---|---|
| **Plazo (Meses y Días):** | **28/04/2025** |
| **Inicio *** | 3 meses |
| **Otrosí prorroga No. *** | |
| **Otrosí prorroga No. *** | |
| **Otrosí prorroga No. *** | |
| **Terminación *** | **27/07/2025** |

*** Indicar en dd/mm/aaaa**

## EJECUCIÓN 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MAYO DE 2025** | **15/05/2025** | **E 5799** | **$ 4.631.060,00** | **$ -** | **$ 4.631.060** | **$ 4.631.060** | **$ 50.171.587** | |
| **Valor total ejecutado** | | | $ 4.631.060 | $ - | $ 4.631.060 | $ 4.631.060 | $ 50.171.587 | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor:** | ANDREA SANDOVAL CASTRO |
| **Unidad de Servicios de Salud y área:** | DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |

## 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:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E 5799 | | | | | | | | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Porcentaje de Ejecución en Dinero:** | **8%** | **Porcentaje de Ejecución en Tiempo:** | **36%** |

ANDREA SANDOVAL CASTRO

Firma del Supervisor del Contrato