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. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 10/03/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No de contrato u orden de servicio:	**030-2025**	**Fecha Contrato d/m/a**	14/04/2025
Nombre del contratista:	**INNOMED S.A.**	**NIT/ N° Identificación**	830.500.326-2
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"		
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	20540	11/04/2025	$ 29.952.400
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
				Valor Total contrato	**$ 29.952.400**

Monto Pleno
CRP
06.06.25

Plazo del Contrato	
Plazo (Meses y Días):	**14/04/2025**
Inicio *	3 meses
Otrosí prorroga No. *	
Otrosí prorroga No. *	
Otrosí prorroga No. *	
Terminación *	13/07/2025

*** 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	**8/05/2025**	**E 36438**	**$ 1.158.000**		**$ 1.158.000**	**$ 1.158.000**	**$ 28.794.400**	
MAYO DE 2025	**22/05/2025**	**E 36862**	**$ 354.000**		**$ 354.000**	**$ 354.000**	**$ 28.440.400**	
Valor total ejecutado			$ 1.512.000	$ -	$ 1.512.000	$ 1.512.000	$ 28.440.400	

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 36438	E 36862								

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

Porcentaje de Ejecución en Dinero:	5%	**Porcentaje de Ejecución en Tiempo:**	51%

ANDREA SANDOVAL CASTRO

Firma del Supervisor del Contrato