| 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:** | **CS BYS 172-2025** | **Fecha Contrato d/m/a** | 1/10/2025 |
| **Nombre del contratista:** | **RP DENTAL SA** | **NIT/ N° Identificación** | 811.022.474-4 |
| **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, CIRUGÍA PLASTICA, NEUROCIRUGÍA Y TODAS LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS QUE ASÍ LOS REQUIERAN DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA CONTINUIDAD, OPORTUNIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS QUE ATIENDE 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 | 948 | 17/07/2025 | 42636 | 17/09/2025 | $ 60.000.000 |
| Otrosí adición No.1 | | | | | |
| Otrosí adición No.2 | | | | | |
| Otrosí adición No.3 | | | | | |
| | | | | Valor Total contrato | $ 60.000.000 |

Mauricio Rueda
CRP

| Plazo del Contrato | |
|---|---|
| Plazo (Meses y Días): | 3 meses |
| Inicio * | 1/10/2025 |
| Otrosí prorroga No. 1 | |
| Otrosí prorroga No. 2 | |
| Otrosí prorroga No. 3 | |
| Terminación * | 31/12/2025 |

* 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OCTUBRE DEL 2025 | 15/10/2025 | RP96627 | $ 100.800 | $ - | $ 100.800 | $ 100.800 | $ 59.899.200 | |
| OCTUBRE DEL 2025 | 15/10/2025 | RP96628 | $ 50.400 | $ - | $ 50.400 | $ 50.400 | $ 59.848.800 | |
| OCTUBRE DEL 2025 | 15/10/2025 | RP96649 | $ 1.438.080 | $ - | $ 1.438.080 | $ 1.438.080 | $ 58.410.720 | |
| OCTUBRE DEL 2025 | 15/10/2025 | RP96650 | $ 2.553.600 | $ - | $ 2.553.600 | $ 2.553.600 | $ 55.857.120 | |
| OCTUBRE DEL 2025 | 15/10/2025 | RP96651 | $ 2.567.040 | $ - | $ 2.567.040 | $ 2.567.040 | $ 53.290.080 | |
| OCTUBRE DEL 2025 | 16/10/2025 | RP96678 | $ 1.169.280 | $ - | $ 1.169.280 | $ 1.169.280 | $ 52.120.800 | |
| OCTUBRE DEL 2025 | 16/10/2025 | RP96679 | $ 2.849.280 | $ - | $ 2.849.280 | $ 2.849.280 | $ 49.271.520 | |
| Valor total ejecutado | | | $ 10.728.480 | $ - | $ 10.728.480 | $ 10.728.480 | $ 49.271.520 | |

| | |
|---|---|
| **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:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP96650 | RP96627 | RP96628 | RP96649 | RP96650 | RP96651 | RP96678 | RP96679 | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Porcentaje de Ejecución en Dinero:** | 17,88% | **Porcentaje de Ejecución en Tiempo:** | 32,97% |

ANDREA SANDOVAL CASTRO

Firma del Supervisor del Contrato