DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ALCALDÍA MUNICIPAL DE ZIPAQUIRÁ
SECRETARÍA DE HACIENDA
PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
PAGO A CONTRATISTAS

1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL SECOP II

1.1 Número de Contrato	PS-771-2025	**1.2 Nombre o Razón Social del Contratista**	ADM INVESTMENTS SAS		
1.3 Identificación (C.C. o NIT)	901.336.837-9	**1.4 Objeto contractual**	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO, CALIBRACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE ZIPAQUIRÁ PARA LA VIGENCIA 2025".		
1.5 Fecha del Contrato	14/11/2025	**1.6 Fecha Inicio del contrato**	19/11/2025	**1.7 Plazo del contrato**	UN (1) MESES Y TRECE (13) DIAS
1.8 Prórroga	NA	**1.9 Cesión**	☐ SI ☑ NO	**1.10 No. Pago anterior a la Cesión**	NA

2. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

2.1 Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal	2.2 Número de Registro Presupuestal	2.3 Fecha del Registro Presupuestal (DD/MM/AAAA)	2.4 Nombre del Rubro	2.5 Número de Rubro	2.6 Fuente de Financiación	2.7 Valor del Presente Pago
2025002397	2025004870	14/11/2025	Servicios para la comunidad, sociales y personales.	2302190504920164226 2.3.2.02.02.009	2303 - RB SGP SALUD PUBLICA	$ 15.117.689,00
2025002397	2025004870	14/11/2025	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción.	2302190701922111096 92312.3.2.02.02.008	1109 - ICLD DELINEACION URBANA	$ 15.974.773,80

3. BALANCE FINANCIERO

3.1 INFORMACIÓN BANCARIA		3.2 PAGOS DEL CONTRATO			
3.1.1 Número de pago	1	**3.2.1 Periodo por pagar**	19-11-2025 AL 18-12-2025		
3.1.2 Banco	BANCOLOMBIA	**3.2.2 Valor del contrato**	$ 63.828.410,80	**3.2.5 Valores pagados**	$ 0,00
3.1.3 Tipo de Cuenta	☑ Ahorros ☐ Corriente	**3.2.3 Valor Adición del contrato**	$ 0,00	**3.2.6 Valor del presente pago**	$ 31.092.462,80
3.1.4 Número de Cuenta	337-033113-72	**3.2.4 Valor Total del contrato ***	$ 63.828.410,80	**3.2.7 Saldo por pagar ***	$ 32.735.948,00

4. DOCUMENTOS

Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número	Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número
4.1 No. Egreso pago anterior	NA	NA	**4.2 Cuenta de cobro y/o Factura y/o documento equivalente**	DICIEMBRE	ADM17

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

5.1. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

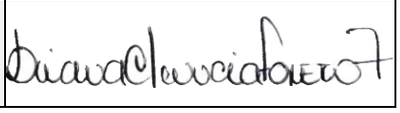
5.1.1. Actividad Económica (Código CIIU)	4799	**5.1.2. Certificación de Retenciones**	**5.1.2.1 Aplicación tarifas Art.383 Par.2 Estatuto Tributario Nacional**	☑ SI ☐ NO	**5.1.2.2 Obligado a declarar Renta**	☑ SI ☐ NO
5.1.3. Facturador Electrónico	☑ SI ☐ NO	**5.1.4. Tipo de Régimen Tributario**	☐ Gran Contribuyente	☑ Ordinario ☐ Simple		☐ Especial (sin Ánimo de Lucro)
		5.1.5 Responsable de IVA	☐ SI ☐ NO			

5.2. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Liquidación y pago realizados por	No. Planilla	Aporte Salud	Aporte Pensión	Aporte ARL
☐ Contratante	CERIFICADO DE PARAFISCALES DICIEMBRE	CERIFICADO DE PARAFISCALES DICIEMBRE	CERIFICADO DE PARAFISCALES DICIEMBRE	CERIFICADO DE PARAFISCALES DICIEMBRE
☑ Contratista				

6. SUPERVISIÓN

Certifico que toda la información anterior fue consultada directamente en la plataforma transaccional SECOP II, y que el presente pago ha sido aprobado y autorizado en dicha plataforma, dado que el Contratista cumplió a cabalidad con las actividades del contrato. Por lo anterior, autorizo a la Secretaría de Hacienda realizar el giro correspondiente.

Dependencia	**SECRETARIA DE SALUD**	**Firma del Supervisor**	
Nombre del Supervisor	DIANA CLEMENCIA FORERO TORRES		