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	INTERAD-495-2026	1.2 Nombre o Razón Social del Contratista	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA		
1.3 Identificación (C.C. o NIT)	899999032	1.4 Objeto contractual	DESARROLLAR ACCIONES ENMARCADAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD EN LOS COMPONENTES DE SALUD MENTAL, SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL,CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, ENTORNOS LABORALES SEGUROS, EDUCACIÓN SANITARIA Y CARACTERIZACIÓN FAMILIAR, EN EL MARCO DEL PROGRAMA: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: BASE PARA PARA FAMILIAS Y COMUNIDADES SALUDABLES, SUBPROGRAMA: BRIGADAS DE SALUD DESCENTRALIZADAS REALIZADAS EN EL TERRITORIO, ZIPAQUIRÁ 2026. 60"		
1.5 Fecha del Contrato	29/01/2026	1.6 Fecha Inicio del contrato	29/01/2026	1.7 Plazo del contrato	11 MESES
1.8 Prórroga	NO APLICA	1.9 Cesión	☐ SI ☑ NO	1.10 No. Pago anterior a la Cesión	NO APLICA

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
2026000507	2026000647	29/01/2026	Servicios para la comunidad, sociales y personales	23021905035191 571832.3.2.02.02 .009	2301 SGP SALUD PÚBLICA	$ 85.627.254

3. BALANCE FINANCIERO

3.1 INFORMACIÓN BANCARIA		3.2 PAGOS DEL CONTRATO			
3.1.1 Número de pago	3	3.2.1 Periodo por pagar	DEL 29 DE MARZO AL 28 DE ABRIL DE 2026		
3.1.2 Banco	DAVIVIENDA	3.2.2 Valor del contrato	$ 885.477.820	3.2.5 Valores pagados	$ 70.243.134
3.1.3 Tipo de Cuenta	☑ Ahorros ☐ Corriente	3.2.3 Valor Adición del contrato	$ 0,00	3.2.6 Valor del presente pago	$ 85.627.254
3.1.4 Número de Cuenta	4766-0007-9257	3.2.4 Valor Total del contrato *	$ 885.477.820	3.2.7 Saldo por pagar *	$ 729.607.432

4. DOCUMENTOS

Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número	Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número
4.1 No. Egreso pago anterior	7/05/2026	2026002465	4.2 Cuenta de cobro y/o Factura y/o documento equivalente	19/05/2026	HZIP6079376

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

5.1. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

5.1.1. Actividad Económica (Código CIIU)	8610	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 ☑ Contratista	36839004 37180555	CERTIFICADO PAGO PARAFISCALES MES DE ABRIL 2026	CERTIFICADO PAGO PARAFISCALES MES DE ABRIL 2026	CERTIFICADO PAGO PARAFISCALES MES DE ABRIL 2026

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		