



1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL SECOP II

1.1 Número de Contrato	SMIN-008 PS-560-2026	1.2 Nombre o Razón Social del Contratista	PROMOVER SU SALUD COMUNITARIA S.A.S.		
1.3 Identificación (C.C. o NIT)	900.953.531-3	1.4 Objeto contractual	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA FUMIGACIÓN, DESINFECCIÓN, LIMPIEZA, CONTROL DE PLAGAS Y ROEDORES DE LAS INSTALACIONES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE ZIPAQUIRÁ, INCLUYENDO LOS PRODUCTOS Y ELEMENTOS A EMPLEAR		
1.5 Fecha del Contrato	27 DE MARZO DE 2026	1.6 Fecha Inicio del contrato	30 DE MARZO DE 2026	1.7 Plazo del contrato	270 DÍAS
1.8 Prórroga	N.A.	1.9 Cesión	☐ SI ☒ NO		1.10 No. Pago anterior a la Cesión N.A.

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
2026000824	2026000994	27/03/2026	Otros servicios profesionales, técnicos y empresariales n.c.p.	2112.1.2.02.02.008.04	1106 ICLD INDUSTRIA Y COMERCIO	\$ 3.706.255,00

3. BALANCE FINANCIERO

3.1 INFORMACIÓN BANCARIA		3.2 PAGOS DEL CONTRATO			
3.1.1 Número de pago	2	3.2.1 Periodo por pagar	30 DE ABRIL AL 29 DE MAYO DE 2026		
3.1.2 Banco	DAVIVIENDA	3.2.2 Valor del contrato	\$ 67.473.000,00	3.2.5 Valores pagados	\$ 6.284.390,00
3.1.3 Tipo de Cuenta	☒ Ahorros ☐ Corriente	3.2.3 Valor Adición del contrato	\$ 0,00	3.2.6 Valor del presente pago	\$ 3.706.255,00
3.1.4 Número de Cuenta	OO4100217688	3.2.4 Valor Total del contrato *	\$ 67.473.000,00	3.2.7 Saldo por pagar *	\$ 57.482.355,00

4. DOCUMENTOS

Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número	Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número
4.1 No. Egreso pago anterior	19/05/2026	2026002692	4.2 Cuenta de cobro y/o Factura y/o documento equivalente	1/06/2026	PSSC 3004

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

5.1. INFORMACIÓN TRIBUTARIA					
5.1.1. Actividad Económica (Código CIIU)	7490	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
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	30/05/2026	CERTIFICACION PARAFISCALES	CERTIFICACION PARAFISCALES	CERTIFICACION PARAFISCALES
☒ Contratista		CERTIFICACION PARAFISCALES	CERTIFICACION PARAFISCALES	CERTIFICACION PARAFISCALES

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 Secretaria de Hacienda realizar el giro correspondiente.

Dependencia	SECRETARÍA GENERAL	Firma del Supervisor	
Nombre del Supervisor	DIANA MARCELA HUÉRFANO ANDRADE		

