BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

2025-IE-50083

024000

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2025

MEMORANDO

024000

De: **LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO**
Directora Provisión de Servicios de Salud

Para: **CUENTAS POR PAGAR**
Profesional Especializado

Asunto: **PAGO FACTURA SN629967 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. del 7 NOVIEMBRE AL 6 DE DICIEMBRE 2025 CTO 8504467 DEL 2025.**

Adjunto envío los documentos soportes para el pago de la factura No SN 629967 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., para reconocimiento económico por valoraciones de discapacidad realizadas en el periodo del 07 de noviembre al 06 de diciembre 2025, contrato de prestación de servicios No 8504467 de 2025

Cordialmente,



LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO
Directora Provisión de Servicios de Salud

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Anexo: 1 carpeta

Elaboró:Mabello
Revisó:Linda V. Ariza

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN FINANCIERA DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR			
	Código:	SDS-FIN-FT-038	Versión:	7

Elaborado por: Nairo Sandoval, Luis Eduardo Campos /Revisado por: Julio Martin González/ Aprobado por: Raúl Alberto Bru Vizcaino

EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) CERTIFICA(N)
El cumplimiento del objeto del contrato o convenio para el trámite de pago, bajo las siguientes condiciones:

Número y vigencia del contrato o convenio:	*CO1.PCCNTR.8504467-2025*		**Número (s) del Proyecto:**		*20240187-8113*
Plazo de ejecución:	*8 meses*		**Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:**		*DIRECCION DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD*
Nombre / razón social del Contratista:	*SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.*		**Número de Nit o cédula:**		*900971006-4*
Periodo Certificado (Fechas):	*07/11/2025 al 06/12/2025*		**Porcentaje de pago:**		*16,08%*
Condiciones que se cumplen para este pago:	*La Secretaría Distrital de Salud pagará a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E por cada una de las valoraciones efectivamente realizadas, según la modalidad de atención y las tarifas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.*				
Programación PAC para pago	***El suscrito supervisor, certifica que este desembolso cuenta con la programación de recursos de PAC mensual, según lo establecido en la Circular de Requisitos para Tramite de Solictudes de Pago .***				
Objeto contractual:	*Prestar los servicios para la certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD en el marco de la Resolución 1197 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social - SISS Norte E.S.E*				
Valor inicial	*$ 443.189.530*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$443.189.530*
Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)	*$ 443.189.530*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$443.189.530*
Valor a cancelar:	*SETENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS MCTE*				*$71.264.406*
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	*07/11/2025*		**Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).**		*06/07/2026*
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	*N/A*		*N/A*		*No aplica*
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	*N/A*		*N/A*		*No aplica*
Otro tipo de modificaciones contractuales	*Fecha (DD/MM/AA)*	*Concepto:*	*N/A*		
Valor ejecutado:	*$71.264.406*		**Saldo por ejecutar:**		*$371.925.124*
Porcentaje de ejecución:	*16,08%*	**Número de Factura o cuenta de cobro:**	SN629967	**Número de pago:**	Primero
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	*CDP 5420/2025 - Registro Presupuestal 6625/2025 por valor de: $ 71.264.406*			**Fuente de financiación:**	*Aporte Ordinario 01-12*
Cuenta Bancaria	*Davivienda*	*Ahorros*	*482800058059*	***Nota:*** *Los datos corresponden a la certificación bancaria que hacen parte de la etapa pre-contractual (según lista de chequeo SDS-CON-FT-012) validada por la Dirección Financiera. En el caso de cambiar cuenta bancaria, anexar la nueva certificación no superior a 30 días, e informar al área de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualización en el modulo de terceros.*	
Anexos:	*1. Factura electronica de venta* *2. RUT* *3. RIT* *4. Certificacion de parafiscales* *5. Certificacion Bancaria* *6. Copia del contrato* *7. Estudios previos* *8. Copia acta de inicio* *9. Relacion valoraciones* *10. Resolucion 1197 de 2024* *11. Tarifa 2025 valoraciones*			**¿Se tienen las garantías actualizadas?:**	*Marcar con una equis (X)* SI X NO
Observaciones :	*Se realiza el pago con vigencia actual de CDP 5420/2025 - Registro Presupuestal 6625/2025 por valor de: $ 71.264.406*				

La presente certificación se expide a los: 09/12/2025. autorizando el presente pago detallado y dejando constancia del cumplimiento en el pago de los Aportes a Seguridad Social Integral, aprobación de los requisitos legales correspondientes a la factura, ejecución de actividades y/o entrega de elementos dentro de la vigencia pactada y demás obligaciones señaladas en el Manual de Contratación de la SDS - FFDS y según lo establecido en la minuta contractual.
(Tener en cuenta reflejar la información del contrato a la fecha de la presente Certificación, más no a la fecha del período certificado, de tal forma que se incluyan las adicionales o prórrogas)

Firmado digitalmente por Linda Victoria Ariza Romero

Linda Victoria Ariza Romero
Nombre del Supervisor (es) y Firma
Cargo: Directora Provisión de Servicios de Salud
Director Técnico Código 9 grado 7

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.	Fecha
Referente(s) Técnico(s):	*Andry Paola Perez Oliva* *Beatriz Helena Guerrero Africani*	Andry Paola Perez Oliva Firmado digitalmente por Andry Paola Perez Oliva Firmado digitalmente por BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI	9730	09/12/2025
Referente(s) Financiero(s):	*Mauricio Abello Rico*	Mauricio Abello Rico Firmado digitalmente por Mauricio Abello Rico Fecha: 2025.12.10 09:51:52 -05'00'	9449	09/12/2025