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-554-2026	1.2 Nombre o Razón Social del Contratista	BIENESTAR Y SALUD IPS SAS		
1.3 Identificación (C.C. o NIT)	900621766	1.4 Objeto contractual	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLINICAS DE DISCAPACIDAD Y EMISIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, VIGENCIA 2026.		
1.5 Fecha del Contrato	16/03/2026	1.6 Fecha Inicio del contrato	7/04/2026	1.7 Plazo del contrato	HASTA EL TREINTA (30) DE NOVIEMBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOTAR EL MONTO
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
2026000698	2026000890	16/03/2026	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	2302190701922169193 2.3.2.02.02.008	1101- ICLD PREDIAL U VIG ACT	$ 15.263.796,00

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	07/04/2026 al 03/06/2026		
3.1.2 Banco	BBVA	3.2.2 Valor del contrato	$ 55.553.118,00	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	$ 15.263.796,00
3.1.4 Número de Cuenta	356106633	3.2.4 Valor Total del contrato *	$ 55.553.118,00	3.2.7 Saldo por pagar *	$ 40.289.322,00

4. DOCUMENTOS

Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número	Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número
4.1 No. Egreso pago anterior	N/A	N/A	4.2 Cuenta de cobro y/o Factura y/o documento equivalente	3/06/2026	FE-3744

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

5.1. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

5.1.1. Actividad Económica (Código CIIU)	8692	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	certificacion pago parafiscales JUNIO 2026	APORTA CERTIFICACION	APORTA CERTIFICACION	APORTA CERTIFICACION

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 Directora Salud Pública Supervisora		