RADICADO INTERNO:	FECHA DE RECIBIDO:

Diligenciar Únicamente a Computador

1- Clase y Datos del Contrato

Tipo de contrato	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO			Nro.	100.17.01.207		Fecha:	30	03	2026	
Proveedor	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS			NIT	X	C.C.		No.	891180091-4		
Dirección :	CALLE 12-N 6-40	Correo Electronico	esesanfrancisco891@yahoo.es		Teléfonos	8783610					
Establecer si es Secop I o II	Secop I		Secop II	X							

2- Informacion Bancaria

Cuenta Bancaria	71100000286	Banco	BANCOLOMBIA	Ahorros		Corriente	X

3- Información Tributaria

Responsable de IVA		Autorretenedor de Renta		Contribuyente de Renta		Código actividad ICA del RIT	
Gran Contribuyente		Prima el factor material		Prima el factor intelectual		Régimen Tributario especial de renta. Art. 19 E.T. y Art. 14 Dec. 4400 de 2004	
Retefuente Honorarios		Tabla Art. 383 ETN		Retención 10% u 11%		Régimen Simple de Tributación SIMPLE Art. 905 del ETN	

4- Esta Obligado a Facturar Electronicamente

SI	X	NO	

5- Información del Compromiso

Objeto :	Copiar tal cual aparece en el contrato : "el objeto"

TRANSFERENCIA DE RECURSOS DE SGP SUBSIDIO A LA OFERTA POR PARTE DEL MUNICIPIO Y A FAVOR DE LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS DEL MUNICIPIO DE PALERMO, PARA FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 484 DEL 20 DE MARZO DE 2024, EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

Plazo: (copiar tal cual parece en el objeto)	EL PLAZO DEL CONTRATO ONCE (11) MESES DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026
Forma de Pago: Copiar como aparece en el contrato	El valor del Contrato corresponde a la suma de CUATROCIENTOS CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($404.906.746,00) ., el cual se pagará así: un primer pago por el valor de DOCE MILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS UNPESOS $12.929.401,00, correspondientes a la última doceava del 2025, diez (10) pagos iguales mensuales por valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS MCTE ($34.617.482), un pago por el valor de VEINTICINCO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE PEOS MCTE ($25.557.187) y un último pago por el valor de VEINTE MILLONES DOSCIENTOSCUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MCTE $ 20.245.338,00 a la liquidación del contrato

Fecha de Inicio	15	02	2026

Suspensión No. _____ Tiempo: _____

Adición No. _____ Tiempo: _____

Información Presupuestal Inicial:

CDP	RP	Codigo Fuente	Nombre Fuente	Codigo Rubro	Nombre Rubro
2026000239	2026000311	124204	SGP-SALUD-SUBSIDIO A LA OFERTA	2.3.2.02.02.009	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD,SOCIALES Y PERSONALES

Información Presupuestal Adicional:

CDP	RP	Codigo Fuente	Nombre Fuente	Codigo Rubro	Nombre Rubro

6- Clase de Pago

Unico Pago		Pago No.	04	Total de pagos:	12

Período: De: Fecha 01 04 2026

A: Fecha 30 04 2026

Anticipo		% Anticipo		Valor Anticipo	

Entrada a Almacén No.		Fecha Entrada		Valor Entrada	

Valor Inicial del contrato:	$ 404.906.746
Valor Adición: 0	$ 0
Valor Total del contrato:	$ 404.906.746

Cuenta 1	Cuenta 2	Cuenta 3	Cuenta 4	Cuenta 5	Cuenta 6
$ 12.929.401	$ 34.617.482	$ 34.617.482	$ 34.617.482	$ -	$ -
Cuenta 7	**Cuenta 8**	**Cuenta 9**	**Cuenta 10**	**Cuenta 11**	**Cuenta 12**
$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -

Total Ejecutado:	$ 116.781.847,00
Valor a Cobrar en el Periodo:	**$ 34.617.482,00**
Saldo por ejecutar:	$ 288.124.899,00

Pago de Estampillas	Estampilla	Tarifa	Valor pagado	Recibo Universal
	Proadulto Mayor	4,0%		
	Procultura	2,0%		
	Proelectrificación	1,5%		

7- Pago de Seguridad Social

Periodos Pagados	Valor Pago ARL	Valor Pago Pensión	Valor Pago Salud	Número de Planillas de Seguridad Social
ABRIL	1.537.800	9.919.700	7.656.300	36862347

8- Autorización Radicación del pago

Declaración: 1. Con su firma el Supervisor y/o Interventor y el contratista Certifican que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato y que la información contenida en este FRC es verdadera, que la cuenta cumple con los compromisos adquiridos en el contrato y todos los requisitos y documentos de ley (incluidos los aportes al sistema general de seguridad social y publicidad en el SECOP y SIGEP, informes, evidencias). 2. De la misma forma, se certifica que todos los amparos y garantias establecidas en el contrato fueron debidamente aprobados. 3. Igualmente dan fe de estar a paz y salvo en todos los tributos y obligaciones adquiridas con el Municipio de Palermo. Por tal motivo se autoriza la radicación de este FRC para el inicio del proceso de Pago.

Firma del Contratista	Firma del Interventor(si aplica)	Firma del Supervisor (Únicamente Secretarios, Directores o Líderes de Grupo)
RAIMUNDO LOSADA GARCIA- ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS		MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN

INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR CONTABILIDAD Y TESORERIA

9- Firmas por parte de Contabilidad y Tesorería

Visto bueno Revisor de Cuenta	Visto bueno Tesoreria	Aprobación de Tesorería