**ORIGEN:** - Dirección De Servicios De Urgencias
**DESTINO:** GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - -
**TIPO DE DOCUMENTO:** Oficios
**ASUNTO:** RADICACION FACTURA SN717023, FEBRERO 2026 APH CONVENIO 8523057-2025

Bogotá D. C.,
10 de marzo de 2026

Doctora
**GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS**
Directora de Urgencias y Emergencias en Salud
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
Carrera 32 No 12-81
correspondenciadigital@saludcapital.gov.co
3649090Bogotá - Bogotá D.C.

**ASUNTO:** RADICACION FACTURA SN717023, FEBRERO 2026 APH CONVENIO 8523057-2025

Respetada Doctora Gloria Eugenia:

Cordial saludo, de manera atenta me permito anexar - Factura N° SN717023 correspondiente al cuarto (4) desembolso del periodo 01 al 28 de febrero 2026 del Convenio 8523057-2025

Atentamente,



**ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO**
Directora Urgencias

Un (01) Archivo.

| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para la firma. | | |
|---|---|---|
| **Cargo funcionario / Contratista** | **Nombre** | **Fecha** |
| Aprobado por: | ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO DSU | 10 de marzo de 2026 |
| Revisado por: | . OSCAR JAVIER DIAZ VEGA / DSU | 10 de marzo de 2026 |
| Elaborado por: | OSCAR JAVIER DIAZ VEGA / DSU | 10 de marzo de 2026 |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN FINANCIERA<br>DIRECCIÓN FINANCIERA<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>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:** | *8523057 de 2025* | | **Número (s) del Proyecto:** | **2024-2008149** | |
| **Plazo de ejecución:** | *9 meses* | | **Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:** | **Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud** | |
| **Nombre / razón social del Contratista:** | **Subred Integrada de Servicios Norte E.S.E.** | | **Número de Nit o cédula:** | *900971006-4* | |
| **Periodo Certificado (Fechas):** | **01/02/2026 al 28/02/2026** | | **Porcentaje de pago:** | *7,43%* | |
| **Condiciones que se cumplen para este pago:** | *4.4La ejecución del mes de febrero tendrá un valor máximo a desembolsar de $904.915.200 M/Cte. valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud y se hará contra la presentación de los siguientes soportes:*<br>*Oficio emitido por el (la) gerente / Interventor del convenio o supervisor de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E. donde certifique el número de vehículos ofertados asignados para la operación donde se describa la complejidad, o tipo de vehículo código SDS de la ambulancia, placa y la distribución de acuerdo con la disponibilidad de tiempo (12 o 24 horas) definido.*<br>*Informe de ejecución mensual con los soportes de cumplimiento a los compromisos específicos y productos de la Subred con las características definidas por la supervisión del convenio el cual describirá la gestión y cumplimiento de los compromisos específicos y generales del periodo diciembre de 2025 recibido a satisfacción.*<br>*Oficio de la validación y aceptación emitido por la supervisión del convenio de la subred en donde se informe los resultados de los indicadores de ejecución del periodo diciembre de 2025: a) Indicador de tiempo operativo efectivo de los vehículos ofertados por la Subred Integrada de Servicios de Salud y b) Indicador de disponibilidad del número de vehículos ofertados por la Subred Integrada de Servicios de Salud.*<br>*NOTA: De este desembolso se descontará el valor no ejecutado de los indicadores del mes de diciembre de 2025.* | | | | |
| **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:** | *"Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, que dé respuesta y atención a las situaciones de emergencias y desastres en salud de Bogotá en el marco del Sistema de Emergencias Médicas."* | | | | |
| **Valor inicial** | *$ 9.207.573.375* | **Cofinanciación:** | *$ 837.052.125* | **FFDS:** | *$ 8.370.521.250* |
| **Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)** | *$ 9.207.573.375* | **Cofinanciación:** | *$ 837.052.125* | **FFDS:** | *$ 8.370.521.250* |
| **Valor a cancelar:** | **SEISCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTITRÉS PESOS M/CTE.** | | **$ 622.171.223** | | |
| **Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):** | *1/11/2025* | | **Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).** | *31/07/2026* | |
| **Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:** | **NO APLICA** | | **NO APLICA** | | **NO APLICA** |
| **Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :** | **NO APLICA** | | **NO APLICA** | | **NO APLICA** |
| **Otro tipo de modificaciones contractuales** | *NO APLICA* | *NO APLICA* | **NO APLICA** | | |
| **Valor ejecutado:** | *$ 3.220.219.231* | | **Saldo por ejecutar:** | *$ 5.150.302.019* | |
| **Porcentaje de ejecución:** | *38,47%* | ***Número de Factura o cuenta de cobro:*** | *SN717023* | **Número de pago:** | *4* |
| **Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:** | **CDP 1373 de 2026; RP 2374 de 2026 el valor de $622.171.223** | | **Fuente de financiación:** | **012 - Aporte Ordinario VF [Otros del Distrito Para Comprometer en 2026] - Acta 025-2025** | |
| **Cuenta Bancaria** | *Davivienda* | *Ahorros* | *482800058125* | *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. Certificación de cumplimiento del pago, firmado por el supervisor y los responsables de la parte técnica y financiera, 2. Factura por valor de $622.171.223, 3. Parafiscales febrero 2026.* | | **¿Se tienen las garantías actualizadas?:** | *Marcar con una equis (X)* X / NO | |
| **Observaciones :** | *** Para este tercer (4) desembolso del Convenio 8523057 de 2025 se certifica la fuente presupuestal 012 - Aporte Ordinario VF [Otros del Distrito Para Comprometer en 2026] -Acta 025-2025* | | | | |

**La presente certificación se expide a los: 11/03/2026 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.**

Gloria Eugenia García Pinillos
Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Secretaría Distrital de Salud

**GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS**
**Directora de Urgencias y Emergencias en Salud**

Firmado digitalmente por JOSE DARIO VARGAS OROZCO
Fecha: 2026.03.12 08:57:01 -05'00'

**JOSÉ DARIO VARGAS OROZCO**
**Subdirector Centro Regulador de Urgencias y Emergencias**

| | Nombres completos | Firma | Teléfono o Ext. | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| **Referente(s) Técnico(s):** | *Ana María Blandon* | | | **11/03/2026** |
| **Referente(s) Financiero(s):** | *Heiner Garzón* | | **ext 9836** | **11/03/2026** |

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**
**NIT: 900.971.006-4**

**CERTIFICA QUE:**

1. De acuerdo con el resultado de las pruebas selectivas realizadas sobre los documentos, de conformidad con las Normas de Aseguramiento de la Información – NAI, certifico que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**, ha cumplido en forma oportuna con el pago de los aportes de sus trabajadores a los sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje.

2. De acuerdo con los documentos, registros de contabilidad y la planilla de pago que he tenido a la vista, la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,** ha realizado el pago de las obligaciones referentes a los sistemas de Salud, Pensiones, ARL y obligaciones parafiscales, señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificada por la Ley 828 de 2003, correspondiente al mes de febrero de 2026.

La presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los seis (06) días de marzo del año 2026.

**OSCAR HARVEY CRUZ PATARROYO**
**Revisor Fiscal Suplente**
**TP- 201951 -T**
**CER-0841-26**
**Por delegación de**
**KRESTON RM S.A.**
**Consultores, Auditores, Asesores**
**Kreston Colombia**
**Miembro de Kreston International Ltd.**

Elaborado por: Hernán Páez Pineda – Gestor de Auditoria Financiera y de Impuestos
Revisado por: Kelly Johanna Tobaría Sánchez – Gestor Líder de Auditoría Financiera y de Impuestos
Aprobado por: Hernán Mora Martínez – Revisor Fiscal Principal

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**
**900971006-4**

Impresion : 9/03/2026 10:10:43

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N°: SN717023

FECHA FACTURA: 09/03/2026 10:10 a. m.

**CUFE:** 6830d7435966ea3982920f40d89d3a50f3fb96df830fd61eec168aacc7e3ad0674b14166927dc90aee504ab341ac2466

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | **Contrato** | FFDS0001 |
| **Nit** | 800246953 | **Fecha** | 09 mar. 2026 10:10 a. m. |
| **Dirección** | avenida 13 32 01 | **Código** | FFD001 |
| **Teléfono** | 0000000000 | **Fecha Generación** | 09 mar. 2026 10:10 a. m. |
| **Plan Benef** | FONDO FINANCIERO DISTRITAL APH | **Fecha Vencimiento** | 08 abr. 2026 10:10 a. m. |

| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | % Dto | %Iva |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Facturación PFGP | 1 | $ 622.171.223,00 | $ 622.171.223,00 | 0.00 | 0.00 |

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | $ 622.171.223,00 |
| **COPAGOS** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO** | $ 0.00 |
| **RETENCION IVA** | $ 0.00 |
| **RETENCION FUENTE** | $ 0.00 |
| **AJUSTE TOTAL** | $ 0.00 |
| **TOTAL FACTURA** | $ 622.171.223,00 |
| **TOTAL A PAGAR** | $ 622.171.223,00 |

FILAS 1

**SON :** SEISCIENTOS VEINTIDOS MILLONES CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTITRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**Observaciones:**

NUMERO DEL CONVENIO: 8523057-2025OBJETO CONTRACTUAL DEL CONVENIO"Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, que dé respuesta y atención a las situaciones de emergencias y desastres en salud de Bogotá en el marco del Sistema de Emergencias Médicas."VALOR DE LA FACTURA: $622.171.223,00CONCEPTO: CUARTO (4) desembolso vigencia 1 a 28 de febrero de 2026Porcentaje 7.43%

**FIRMA AUTORIZADA/VENDEDOR**

**FIRMA COMPRADOR ACEPTANTE**

Facturación electrónica de venta, Autorización 18764079083551 del 07 de septiembre de 2024 con vigencia de un año y seis meses, con prefijo y numeración del SN 222.813 al Sn 4.000.000. Responsable de IVA en servicios gravados. No practicar Retención en la fuente, No practicar Retención de IVA, No practicar retención de ICA. Esta Factura es impresa por la aplicación DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA y cumple con todos los requisitos exigidos por Art. 617 del Estatuto Tributario Ley 223, Resolución 042 y decretos complementarios.

Dra. VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
Gerente

ELABORADO POR
1104416883 | LEONARDO FABIO LAMBERTINO CARDENAS