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	INTERAD-495-2026	**1.2 Nombre o Razón Social del Contratista**	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA		
1.3 Identificación (C.C. o NIT)	899999032	**1.4 Objeto contractual**	DESARROLLAR ACCIONES ENMARCADAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD EN LOS COMPONENTES DE SALUD MENTAL, SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, ENTORNOS LABORALES SEGUROS, EDUCACIÓN SANITARIA Y CARACTERIZACIÓN FAMILIAR, EN EL MARCO DEL PROGRAMA: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: BASE PARA PARA FAMILIAS Y COMUNIDADES SALUDABLES, SUBPROGRAMA: BRIGADAS DE SALUD DESCENTRALIZADAS REALIZADAS EN EL TERRITORIO, ZIPAQUIRÁ 2026. 60”		
1.5 Fecha del Contrato	29/01/2026	**1.6 Fecha Inicio del contrato**	29/01/2026	**1.7 Plazo del contrato**	11 MESES
1.8 Prórroga	NO APLICA	**1.9 Cesión**	☐ SI ☑ NO	**1.10 No. Pago anterior a la Cesión**	NO APLICA

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
2026000507	2026000647	29/01/2026	Servicios para la comunidad, sociales y personales	23021905035191571832.3.2.02.02.009	2301 SGP SALUD PÚBLICA	$ 131.050.886

3. BALANCE FINANCIERO

3.1 INFORMACIÓN BANCARIA		3.2 PAGOS DEL CONTRATO			
3.1.1 Número de pago	7	**3.2.1 Periodo por pagar**	DEL 29 DE JULIO AL 28 DE AGOSTO DE 2026		
3.1.2 Banco	DAVIVIENDA	**3.2.2 Valor del contrato**	$ 885.477.820	**3.2.5 Valores pagados**	$ 433.279.910,00
3.1.3 Tipo de Cuenta	☑ Ahorros ☐ Corriente	**3.2.3 Valor Adición del contrato**	$ 156.424.576	**3.2.6 Valor del presente pago**	$ 131.050.886
3.1.4 Número de Cuenta	4766-0007-9257	**3.2.4 Valor Total del contrato ***	$ 1.041.902.396	**3.2.7 Saldo por pagar ***	$ 477.571.600

4. DOCUMENTOS

Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número	Documento	Fecha (DD/MM/AAAA)	Número
4.1 No. Egreso pago anterior	4/08/2026	2026005567	**4.2 Cuenta de cobro y/o Factura y/o documento equivalente**	10/09/2026	HZIP6118025

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

5.1. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

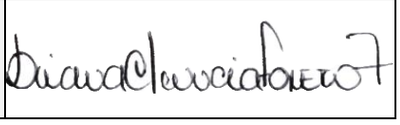
5.1.1. Actividad Económica (Código CIIU)	8610	**5.1.2. Certificación de Retenciones**	**5.1.2.1 Aplicación tarifas Art.383 Par.2 Estatuto Tributario Nacional**	☑ SI ☐ NO	**5.1.2.2 Obligado a declarar Renta**	☑ SI ☐ NO
5.1.3. Facturador Electrónico	☑ SI ☐ NO	**5.1.4. Tipo de Régimen Tributario**	☑ Gran 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	38132141	CERTIFICADO PAGO PARAFISCALES MES DE AGOSTO 2026	CERTIFICADO PAGO PARAFISCALES MES DE AGOSTO 2026	CERTIFICADO PAGO PARAFISCALES MES DE AGOSTO 2026
☑ Contratista	38466002			

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		