19 JUL 2022

| ALCALDIA DE FUNZA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | GESTION CONTRACTUAL<br>**HOJA DE RUTA**<br>**ACTA CONSOLIDADA DE SUPERVISIÓN** | FUNZA ciudad líder | 11-FR-02<br>Versión: 08<br>Fecha: 2022-01-27 |
|---|---|---|---|

## 1. GENERALIDADES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO No.** | 3190989 DE 2022 | **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | 12 | 01 | 2022 |
| **TIEMPO DE EJECUCIÓN** | 11 MESES | **FECHA DE TERMINACIÓN** | 13 | 12 | 2022 |
| **TIPO DE CONTRACIÓN** | DIRECTA | **CLASE DE CONTRATO** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 2022000219 | **FECHA DE EXPEDICIÓN** | 12 | 01 | 2022 |
| **ACTA DE INICIO** | SI x NO | **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 14 | 02 | 2022 |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 30.092.920,00 | **FORMA DE PAGO** | MENSUAL | | |
| **TIPO DE POLIZA** | Seguro de Cumplimiento Estatal | **NUMERO DE LA POLIZA** | | | |

| AMPAROS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) CALIDAD DEL SERVICIO | Vigencia | DESDE | | | HASTA | | |
| | Valor | | | | | | |
| 2) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | Vigencia | DESDE | | | HASTA | | |
| | Valor | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL BRINDANDO APOYO A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO, BUSCANDO POTENCIALIZAR SUS CAPACIDADES, DESTREZAS Y HABILIDADES CONTRIBUYENDO ASI AL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA | | |
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE FUNZA | **NIT. No.** | 899.999.433-5 |
| **CONTRATISTA** | KAREN MILENA ROA TELLO | **NIT. No.** | 1.018.454.957 |

## 2. GENERALIDADES DEL PAGO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TOTAL PAGOS** | 11 | | | PAGO ACTUAL | 6 | | |
| **DE AVANCE O PARCIAL** | x | | | **DE TERMINACIÓN** | | | |
| **INICIO PERIODO A PAGAR** | 14 | 06 | 2022 | **TERMINACIÓN PERIODO A PAGAR** | 13 | 07 | 2022 |
| **DEPENDENCIA EJECUTORA** | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | | | | | | |
| **VALOR A PAGAR** | $ 2.735.720 | | | **Cód Rubro** | 2.3.2.02.02.008.4104.85940.063 | | |
| | | | | **Rubro** | Realizar 15.000 apoyos en fisioterapia, terapia física domiciliaria o Hidroterapia a los adultos mayores /RECURSOS PROPIOS | | |
| **VALOR A PAGAR** | | | | **Cód Rubro** | | | |
| | | | | **Rubro** | | | |
| **VALOR TOTAL** | $ 2.735.720 | | | | | | |

## 3. OBSERVACIONES Y BALANCE FINANCIERO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 30.092.920,00** | **VALOR ADICIONES** | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **VALOR PAGO ANTERIORES** | **VALOR PRESENTE PAGO** | **SALDO** |
| **$ 30.092.920,00** | **$ 10.942.880,00** | **$ 2.735.720,00** | **$ 16.414.320,00** |

**OBSERVACIONES:**

## 4. CUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (EPS - FONDO DE PENSIONES Y ARP).DECRETO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS | COMPENSAR | PERIODO CANCELADO | 2022-06 | AFILIADO | SI | X | NO |
| FONDO DE PENSIONES | PROTECCIÓN | PERIODO CANCELADO | 2022-06 | AFILIADO | SI | X | NO |
| ARL | POSITIVA | PERIODO CANCELADO | 2022-06 | AFILIADO | SI | X | NO |

| FECHA DE PAGO | | | FECHA DE CONFIRMACION DEL PAGO | | | FUNCIONARIO DE LA DEPENDENCIA DE ORIGEN DE LA CUENTA QUE VERIFICO EL PAGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | NOMBRE | FIRMA |
| 5 | 7 | 2022 | 19 | 7 | 2022 | MÓNICA M. URAZÁN B. | |

## 5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA EL PAGO A LA SECRETARIA DE HACIENDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR** | DIEGO FERNANDO ROJAS BOHORQUEZ | **FIRMA** | |
| **CARGO** | SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL | | |
| **CEDULA DE CIUDADANIA** | 1.073.512.204 | | |

AR 84. FACULTADES Y DEBERES DE LOS SUPERVISORES Y LOS INTERVENTORES. La supervisión e interventoría contractual implica el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligacional por la entidad contratante sobre las obligaciones a cargo del contratista.
Los interventores y supervisores están facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, y serán responsables por mantener informada a la entidad contratante de los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando tal incumplimiento se presente.

ESTA COPIA DEBE REPOSAR EN LA CARPETA DEL CONTRATO

ALCALDÍA DE FUNZA ASESORÍA JURÍDICA
02 AGO 2022
Hora: Recibí:
FUNZA ciudad líder

Funza, Cundinamarca 18 de Julio del 2022

CUENTA DE COBRO No. 06

ALCALDÍA DE FUNZA
NIT 899.999.433-5

DEBE A:

**Karen Milena Roa Tello**
C.C. No. 1.018.454.957

LA SUMA DE: **Dos millones setecientos treinta y cinco mil setecientos veinte pesos M/CTE. ($2.735.720)**

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios profesionales como terapeuta ocupacional brindando apoyo a los adultos mayores del municipio, buscando potencializar sus capacidades, destrezas y habilidades contribuyendo así al mejoramiento de sus condiciones de vida, y de conformidad con el contrato de prestación de servicios No. CO1.PCCNTR.3190989 DE 2022. Durante el periodo comprendido entre el 14 de junio al 13 de julio del 2022.

**Karen Milena Roa Tello**
CC. 1.018.454.957
Cel. 3142041050
Dirección: Carrera 4 # 20 00 Bq 7 Ca 2-Madrid
Correo: karenmilena.roatello@gmail.com

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **KAREN MILENA ROA TELLO**, identificada con **CC** número **1018454957**, aportó por el empleado **KAREN MILENA ROA TELLO** identificado(a) con **CC** número **1018454957** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 06 - 2022 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | CONCEPTO | INGT | RETL | TAFP | TAPP | TAVP | VSVT | VSPT | SLNR | IGE | LMA | AVGP | AVPT | VTRP | CORRECCION | DIAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACION Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | Compensar EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | $1,096,000 | 0.12500 | $137,000 | $0 | $0 | Junio - 2022 | 60020863 | 05/07/2022 | No |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59 | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | $1,096,000 | 0.02436 | $26,700 | $0 | $0 | Junio - 2022 | 60020863 | 05/07/2022 | No |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 59 | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | $1,096,000 | 0.16000 | $175,400 | $0 | $0 | Junio - 2022 | 60020863 | 05/07/2022 | No |

El presente certificado se expide a los 2 días del mes Julio de 2022

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Gmail

Karen Milena Roa Tello <karenmilena.roatello@gmail.com>

## Confirmación Transacción PSE - CUS 1534274097

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 2 de julio de 2022, 17:14
Para: karenmilena.roatello@gmail.com




# ¡Hola, KAREN MILENA ROA TELLO

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1534274097
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 339.100
Fecha de Transacción: 02/07/2022

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

## ASPECTOS GENERALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de Informe | Avance: X Final: | Fecha de elaboración: 18 de julio de 2022 | |
| Periodo del informe | Desde: 14 de junio de 2022 | Hasta: 13 julio de 2022 | Contrato No: CO1.PCCNTR.3190989 DE 2022 |

Contrato celebrado con recursos de Inversión X Funcionamiento _____

**Nota: Únicamente el evento en que se trate de recursos de inversión se deberá diligenciar la información relacionada con: proyecto, programa, subprograma y metas, en el evento de tratarse de recursos de funcionamiento NO deberá diligenciarse dicha información**

| | |
|---|---|
| Responsable del Proyecto:<br><br>Secretaria de Desarrollo Social | Nombre del Proyecto: (Según Banco de Proyectos)<br>Actualización, desarrollo y fortalecimiento de estrategias para los adultos mayores del municipio de Funza, contribuyendo a la calidad de vida y bienestar integral. |
| Nombre el programa:<br><br>Atención integral a la población en situación permanente de desprotección social y/o familiar. | Nombre del subprograma:<br><br>N/A |

| Número de la meta | Descripción de la (s) meta (s) |
|---|---|
| **63** | **Realizar 15.000 Apoyos en fisioterapia, terapia física domiciliaria e hidroterapia a los Adultos Mayores.** |

## INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

| Obligaciones del Contratista | Fechas | Meta | % Alcanzado | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| 1. Suscribir de forma conjunta con el supervisor designado el acta de inicio del contrato | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **100%** | Acta de inicio 14 de enero 2022, contrato CO1.PCCNTR.3190989 de 2022, con fecha de finalización 13 de diciembre 2022.<br>**Anexo 1: Acta inicio Karen Roa 2022-Secop II** |
| 2. Apoyar en la elaboración del plan de acción correspondiente al programa de atención a la población adulta mayor para la vigencia del contrato en el 2022 | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **100%** | Se realiza plan de acción de acuerdo con las obligaciones establecidas en el contrato CO1.PCCNTR.3190989 de 2022, con el cumplimiento porcentual de cada actividad.<br>**Anexo 2: Plan de acción** |
| 3. Realizar 180 apoyos tele terapéuticos y/o presenciales mensuales, conforme a la necesidad del Centro día la cual es de 180 apoyos para cada profesional, a las personas inscritas a la | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **54.54%** | Se realizaron 180 apoyos terapéuticos mensuales donde se priorizaron planeación en actividades de la vida diaria y activación en procesos cognitivos con personas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| estrategia de terapia ocupacional; con la respectiva elaboración y seguimiento de planes caseros | | | | mayores pertenecientes a clubes de adulto mayor.<br><br>**Anexo 3: Listado de asistencia y Registro fotográfico** |
| 4. Entregar a cada uno de los beneficiarios de los apoyos terapéuticos un plan de ejercicios a través de las TIC y/o físicamente para realizar en casa con el fin de promover estilos de vida saludable | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **54.54%** | Se realizan recomendaciones de planes caseros a cada uno de los 180 apoyos terapéuticos los cuales asisten a club de adulto mayor del municipio.<br><br>**Anexo 4: Listado de asistencia y Registro fotográfico** |
| 5. Realizar tres (3) jornadas de sensibilización a través del uso de las TIC o de manera presencial durante la vigencia del contrato sobre temas afines de terapia ocupacional con los diferentes clubes de adulto mayor adscritos a la Secretaría de Desarrollo Social | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **33.3%** | Se efectúa sensibilización presencial con club adulto mayor en activación cerebral y adecuada lectura de mensajes a diferentes convocatorias<br><br>**Anexo 5: Registro fotográfico** |
| 6. Apoyar los diferentes eventos y actividades establecidas por la administración, especialmente los de la Secretaría de Desarrollo Social y del Programa de adulto mayor | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **54.54%** | Entrega de Bonos Alimenticios entregados por la Secretaría de Desarrollo Social y Programa Adulto Mayor<br>**Anexo 6: Registro Fotográfico** |
| 7. Entregar mensualmente un informe de la ejecución del contrato. | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **54.54%** | Se realiza entrega de informe, dando especificaciones de las actividades desarrolladas, anexo de evidencias, fotográficas por medio magnético mediante CD.<br><br>**Anexo 7: Informe mensual**<br><br>**Anexo 8: Planilla** |
| 8. Participar activamente en la construcción, formulación y adopción de los planes, programas y proyectos de la administración municipal | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **54.54%** | Aplicación de instrumento en prueba piloto, para valoración de independencia y funcionalidad de personas mayores para próxima salida pedagógica.<br>Convocatoria para concurso de talentos con clubes adulto mayor<br>Convocatoria y recepción de documentos cursos SENA para clubes de adulto |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | mayor.<br>Organización de cronograma, en espacios para habilitación cursos SENA<br>Apertura curso Amasijos Colombianos 1 SENA<br>Asistencia y clausura de personas mayores en curso de música y talento.<br>**Anexo 9: Base de instrumento y resultados en drive, correos articulación SENA, correos, registro fotográfico.** |
| 9. Las demás actividades asignadas por el supervisor con calidad y oportunidad, de acuerdo con el objeto del contrato | 14 de junio al 13 de julio | **100%** | **54.54%** | Apoyo y participación a viernes cultural Familias-Secretaria de Desarrollo Social.<br>**Anexo 10: registro fotográfico** |

Karen Roa Tello

*Karen Milena Roa Tello*
Contratista

## INFORME DE SUPERVISIÓN

El suscrito supervisor, en cumplimiento de las obligaciones a su cargo en desarrollo de las actividades de vigilancia y control sobre el contrato, presenta el siguiente informe:

Aprueba el informe de actividades presentado por el contratista SI __X__ NO_____

| **Estado Financiero** | | | |
|---|---|---|---|
| Valor del contrato | 30.092.920 | Valor ejecutado | 16.414.320 |
| % de ejecución | 54.54 | % por ejecutar | 45.46 |

| **Modificaciones del contrato** | | | |
|---|---|---|---|
| Adiciones | Fecha de suscripción: | N/A | Valor: N/A |
| Prórrogas | Fecha de suscripción: | N/A | Tiempo (según minuta): N/A |

**Suspensiones del contrato**

| No. | Fecha | Tiempo de la suspensión (días calendario) |
|---|---|---|
| 1 | N/A | N/A |
| 2 | N/A | N/A |

**Verificación pago aportes sistema integral de seguridad social y parafiscales**

**Instrucción: Marcar con una equis (X)**

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de los aportes al sistema integral de seguridad social (salud, pensión y ARL): SI__X__ NO_____

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de aportes al ICBF: SI_____ NO: _____ NO APLICA__X__

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de aportes al FIC: SI_____ NO: _____ NO APLICA__X____

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de aportes a Cajas de Compensación Familiar: SI_____ NO: _____ NO APLICA___X__

Soporte de la verificación: Planilla ___X__ Certificación expedida por _____
Representante legal o revisor fiscal

Se verificó para el periodo de tiempo al que corresponde el presente informe la correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50.

**Actividades de tratamiento y monitoreo a la matriz de riesgo del contrato**

Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecido en la matriz de los estudios previos del contrato, para el efecto se presenta un el siguiente informe sobre el estado de cada uno de ellos:

**(Se deben señalar los riesgos del contrato en su totalidad y en el caso de haberse materializado alguno, se deben indicar las acciones adelantadas para mitigar el mismo)**

| Descripción del riesgo | Estado | Acciones |
|---|---|---|
| Expedición de normas o lineamientos que cambien las condiciones pactadas en el contrato | NO SE PRESENTO EL RIESGO | N/A |
| Factores de salud que generen incapacidad medica por un tiempo mayor a 5 días calendario consecutivos | NO SE PRESENTO EL RIESGO | N/A |
| Perjuiciosos que se puedan ocasionar a los usuarios del programa de adulto mayor atendidos por la profesional, en los términos del contrato y de la legislación existente. | NO SE PRESENTO EL RIESGO | N/A |
| Daños en los equipos asignados para el desarrollo de sus funciones | NO SE PRESENTO EL RIESGO | N/A |
| Perdida de información, documentos o expedientes entregados | NO SE PRESENTO EL RIESGO | N/A |
| Riesgo por contagio o síntomas de gripa relacionados con el Covid-19 | NO SE PRESENTO EL RIESGO | N/A |

*Diego Fernando Rojas Bohórquez*
*Secretaría de Desarrollo Social*

**Nota: En el evento de adjuntar soportes o evidencias de la ejecución del contrato, o informe detallado de supervisión de más de quince (15) páginas, estos deberán presentarse en CD.**

VoBo 15 Coord. Gral. AM. DDS

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL DEL FUNZA CUNDINAMARCA**

CERTIFICA

Que **KAREN MILENA ROA TELLO**, identificada con C.C. No. 1.018.454.957, cumplió a satisfacción con lo estipulado en el Contrato de Prestación de Servicios 3190989 del 12 de enero de 2022, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL BRINDANDO APOYO A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO, BUSCANDO POTENCIALIZAR SUS CAPACIDADES, DESTREZAS Y HABILIDADES CONTRIBUYENDO ASI AL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA, en el período comprendido entre el 14 de junio y el 13 de julio de 2022, de conformidad con la cuenta de cobro adjunta.

Se expide en Funza Cundinamarca, a los diecinueve (19) días del mes de julio del año dos mil veintidós (2022)

**DIEGO FERNANDO ROJAS BOHORQUEZ**
Secretario de Despacho
Secretaría de Desarrollo Social

| Proyectó | Cargo | Fecha | Firma |
|---|---|---|---|
| Mónica M. Urazán Benitez | Profesional Universitario | /07/2022 | |

C.P. 250020 / Cra. Carrera 1 No. 13 05 Funza
Tel. +57(1) 823 40 70 / 823 40 71 / 823 40 72 / 823 40 73 / +57(1) 825 76 20

contactenos@funza-cundinamarca.gov.co - www.funza-cundinamarca.gov.co

SC-CER116470
SA-CER753750
ST-CER753753
CO-SC-CER116470
CO-ST-CER753753
CO-SA-CER753750

| ALCALDIA DE FUNZA | ALCALDIA DE FUNZA | Código: |
|---|---|---|
| | GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS | Versión: |
| | | Página: 1 de 1 |

# COMPROBANTE DE EGRESOS Nro: EGR - 2022004351

**Nit: 899999433-5**

jueves, 21 de julio de 2022

| COMPROBANTE AFECTADO | COM | 2022004092 | 21-jul.-22 |
|---|---|---|---|

## 1. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | ROA TELLO KAREN MILENA | | **CC o NIT** | 1018454957 | **DV** 0 |
| **DIRECCION** | CRA 4 20 00 | | **TELEFONO** | 0614757272 | |
| **BANCO** | | **CUENTA** | **TIPO CUENTA** | | |
| **CHEQUE N** | TF LINEA FC | | **VALOR PAGO** | 2,660,820.00 | |

| | |
|---|---|
| **DESCRIPCION** | Contrato No CO1.PCCNTR.3190989 de 2022, Prestación de servicios profesionales como terapeuta ocupacional brindando apoyo a los adultos mayores del municipio, buscando potencializar sus capacidades, destrezas y habilidades contribuyendo así al mejoramiento de sus condiciones de vida. (CUENTA 6 DE 11 DEL 14/06 AL 13/07). CB |
| **SON** | DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MC. |

## 2. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

| CUENTA | RUBRO PPTAL | NOMBRE | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|---|
| 11100616108 | | FONDOS COMUNES - PREDIAL CTA # 309-04348-7 | 00.00 | 2,660,820.00 |
| 24905401<br>1018454957<br>001 | 2.3.2.02.02.008.4104<br>.85940.063 | HONORARIOS ROA TELLO KAREN MILENA | 2,660,820.00 | 00.00 |
| | | **SUMAS IGUALES** | **2,660,820.00** | **2,660,820.00** |

## 3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA 2022

| CDP | REGISTRO | RUBRO | NOMBRE | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| 2022000247 | 2022000219 | 2.3.2.02.02.008.4104.85940<br>.063.11001 | Realizar 15.000 Apoyos en fisioterapia, Terapia física domiciliaria e Hidroterapia a los Adultos Mayores.. FUENTE: 11001-(11001) RECURSOS PROPIOS | 2,735,720.00 |

| **TOTAL PRESUPUESTO** | **2,735,720.00** |
|---|---|

## 4. DESCUENTOS PRACTICADOS COM-2022004092

| CUENTA | NOMBRE DE LA CUENTA | DEBITOS | CREDITOS | RETENCIONES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TIPO | BASE | % |
| 41058503 | INDUSTRIA Y COMERCIO 6 X 1000 | 00.00 | 16,000.00 | I.C.A. | 2,735,720 | 0.6 |
| 24072205 | ESTAMPILLA PRO CULTURA PERSONAS NATURALES 0.5% | 00.00 | 4,200.00 | 24072 | 835,520 | |
| 13058804 | 30%-ESTAMPILLA ADULTO MAYOR-ORDEN DE PAGO COM | 00.00 | 16,400.00 | 30% - | 2,735,720 | 2 |
| 13058802 | 70%-ESTAMPILLA ADULTO MAYOR-ORDEN DE PAGO COM | 00.00 | 38,300.00 | 70%- | 2,735,720 | 2 |

| Aprobó: | Elaboró: | Firma y Sello Beneficiario |
|---|---|---|
| DEISY TATIANA VASQUEZ<br>SECRETARIA DE HACIENDA<br>Resolución No 00226 de mayo 12 de 2009 | DEISY TATIANA VASQUEZ<br>TESORERA ( e ) | c.c ó Nit |

Elaboró: JULIAN