FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 304726

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 28/06/2023
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-JUN-23

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	PAULA VIVIANA ROMERO MAYORGA	Regimen:	SIMPLIFICADO		
Dirección:	CL 8 56 CA	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1012384859	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	008400716844/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	4204590	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-IN4204590-PL OGI INDE_VIG - MAYO 2023-PERIODO DE:01-ene 30-may-2023

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-010-07-79040000-170650051	01	12013	$2.392.250,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
3227	O2-3-01-16-010-07-79040000-170650051	2668	Contratacion del Recurso Humano	$2.392.250,00

VR BRUTO	DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS	$2.392.250,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$2.392.250,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$1.572.132,00	2-4-36-15-0001	$100.232,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$2.096.150,00	2-4-36-27-0001	$16.057,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$2.392.250,00	2-4-36-90-0003	$11.961,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$2.392.250,00	2-4-36-90-0007	$47.845,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$176.095,00
VALOR NETO A GIRAR	DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS	$2.216.155,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA
GESTION DE PAGOS

ANGELICA YADIRA BRAVO ARANDIA
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos