FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2023

ORDEN DE PAGO

No: 327645

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 19/02/2024
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-FEB-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	MARITZA PAOLA ESCOBAR PELAEZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	KR 88C 63 67 SUR IN 10 AP 304	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52930944	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	007300687790/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	4841750	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO4841750-SP_RESERVA-ENERO 2024-PERIODO DE:01-ene 30-ene

Tipo de Orden de Pago: RESERVA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	01	12013	$5.090.940,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2531	O2-3-01-16-010-09-78280000-291020051	2083	Contratacion del Recurso Humano	$5.090.940,00

VR BRUTO	CINCO MILLONES NOVENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS	$5.090.940,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$5.090.940,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$5.090.940,00	2-4-36-90-0003	$25.455,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$5.090.940,00	2-4-36-90-0007	$101.819,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$4.460.740,00	2-4-36-27-0001	$34.169,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$161.443,00
VALOR NETO A GIRAR	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS	$4.929.497,00
		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