REGIONAL: _____ META
ÁREA O GRUPO: _ CZ VILLAVICENCIO 1
CONTRATISTA: __ ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PORFIA TRES VILLAVICENCIO
NIT O CC: _____ 800143122
CONTRATO No: __
VALOR TOTAL CT: 690.282.352

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL							FLUJO DE PAGO MENSUAL - SE REGISTRA EL VALOR EN EL MES QUE SE PROYECTA HACER EFECTIVO EL PAGO												
ITEM	CDP	RPC	IDENTIFICADOR	DEPENDENCIA DE GASTO	RECURSO	VALOR	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	TOTAL FLUJO	SALDO
	44024		C-4602-1500-9-704020-4602020-02	162	10	688.682.352,00				344.341.176,00		344.341.176,00							688.682.352,00	0,00
	44024		C-4602-1500-9-704020-4602020-02	166	10	$ 1.600.000				1600000									1.600.000,00	0,00
																			0,00	0,00
																			0,00	0,00
																			0,00	0,00
																			0,00	0,00
																			0,00	0,00
																			0,00	0,00
																			0,00	0,00
																			0,00	0,00
TOTAL						690.282.352,00	0,00	0,00	0,00	345.941.176,00	0,00	344.341.176,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	690.282.352,00	0,00

MARCELA ISABEL MERCADO TOUS
NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012