

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. 6129192	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 26/03/2024
		Fecha de Terminación: 31/07/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: Cuatro (4) meses y cinco (5) días PRÓRROGA: N/A
CONTRATISTA: MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A PERIODO DEL INFORME: 01/05/2024 – 31/05/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería, Técnico o Tecnólogo de Atención Prehospitalaria en la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, para la gestión de los eventos en salud transferidos desde la línea de Emergencias 123 o a través de otros medios de información, para apoyar los procesos definidos en los componentes 1, 2, 3 y 4 del Sistema de Emergencias Médicas SEM.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 17.158.995
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 2.859.832
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 3.825.612
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.375.540
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 7.098.011

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Apoyar la gestión integral de los incidentes que ingresen al Centro Operativo a través de la línea 123 o a través de otros canales de comunicación, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica y demás documentos establecidos para el perfil.	Realizar la gestión durante el periodo de mayo de 2024 con un total de 1595+ 1076 registros en el sistema Premier One con el ID MMFMENDOZAMA de los incidentes que ingresan al Centro Operativo del CRUE, de acuerdo con lo definido en el procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil.	Se descarga incidentes del sistema PREMIER ONE del 01 al 31 de mayo de 2024 Se adjuntan los archivos PDF de nombre: Certificación Incidentes 1 Certificación Incidentes 2
2. Apoyar la gestión de los procesos de Referencia y contra- referencia que ingresen al Centro Operativo y el seguimiento al comportamiento de	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS				
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	7	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

los servicios de urgencias de la red pública y privada en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y Decreto 507 del 2013.		
3. Apoyar las acciones que permitan la respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y desastres, según los definidos en el procedimiento de regulación de la urgencias médicas y documentos relacionados según sus competencias.	Se apoyaron las acciones de respuestas de emergencias de los incidentes que fueron transferidos al CRUE a través de la línea en el rol de recepción de llamadas, despacho, referencia y contra referencia	Se adjunta evidencia de asistencia en archivo PDF: - Certificación horas 1 - Certificación horas 2
4. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	Durante este periodo del mes de mayo de 2024 no realizan programación de orientaciones ni reuniones.	• No se cuenta con evidencia porque no realizan programación de orientaciones ni reuniones
5. Apoyar los procesos administrativos que den soporte a la gestión del procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias.	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades
6. Apoyar en las demás actividades que requiera el Supervisor en ocasión al objeto del contrato.	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades	Durante el periodo del informe no fueron requeridas por la Subdirección la realización de otras actividades

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: N/A
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SALUD TOTAL	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	ARL SURA
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	\$171.600	Suma cancelada:	\$219.700	Suma cancelada:	\$33.500
No Planilla:	8376363836	No Planilla:	8376363836	No Planilla:	8376363836
Mes(es) cancelado(s):	Abril 2024	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2024	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2024

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NO APLICA	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	NO APLICA	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	NO APLICA

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.023.918.959

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 52,00% de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES: NO APLICA

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO				
En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:				
Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: NEIL ANDREW BAIN FARACICA
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

NOTAS:

- * El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.
- * Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.
- * Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ
No. Identificación: CC1016061350
Dirección: CLL 17 # 39-81
Telefono: 9008347
Correo: MAFEXITA_2006@HOTMAIL.COM
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8376363836

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1016061350	Periodo de Cotización Salud	abril de 2024
Número de planilla	8376363836	Periodo de Cotización Pensión	abril de 2024
Fecha pago	2024-05-08	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	3350557	Total Pagado	424800
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	33500	1
230301	Porvenir	219700	1
EPS002	Salud Total EPS	171600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016061350
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1372800	1372800	1372800	0	171600	0	219700	0	33500	0

Medellín, 22 de mayo de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016061350 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/03/2024

Fecha fin cobertura: 31/07/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD N800246953

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1841301 - REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE PROGRAMAS DESTINADOS A AUMENTAR EL BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE: SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE, SERVICIOS RECREATIVOS, MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE VIVIENDA, TALES COMO MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIAS Y COMISIÓN DE REGULACIÓN ENTRE OTROS

CLASE DE RIESGO: 1 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000015 - CALL CENTER LÍNEAS R1

CLASE: 1 PORCENTAJE: 0.522% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

1822001 - ACTIVIDADES DE CENTROS DE LLAMADAS (CALL CENTER) INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE CENTROS QUE ATIENDEN A LLAMADAS DE CLIENTES UTILIZANDO OPERADORES HUMANOS, SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN AUTOMÁTICA DE LLAMADAS, SISTEMAS INFORMATIZADOS DE TELEFONÍA, SISTEMAS INTERACTIVOS DE RESPUESTA DE VOZ, RECIBIR PEDIDOS, PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS, RESPONDER A SOLICITUDES DE ASISTENCIA DE LOS CLIENTES O ATENDER RECLAMACIONES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1822001 - ACTIVIDADES DE CENTROS DE LLAMADAS (CALL CENTER) INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE CENTROS QUE ATIENDEN A LLAMADAS DE CLIENTES UTILIZANDO OPERADORES HUMANOS, SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN AUTOMÁTICA DE LLAMADAS, SISTEMAS INFORMATIZADOS DE TELEFONÍA, SISTEMAS INTERACTIVOS DE RESPUESTA DE VOZ, RECIBIR PEDIDOS, PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS, RESPONDER A SOLICITUDES DE ASISTENCIA DE LOS CLIENTES O ATENDER RECLAMACIONES

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1822001

CLASE DE RIESGO: 1 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo 1 (0.522 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10160613502414344249

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

22/05/2024 12:17 PM

<div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2024</div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div><div><div>No: 403142</div><div>Usuario Dilig: AMPRADA</div></div><div><div>Fecha de Impresión: 22/05/2024</div><div>Estado: GIRADA</div></div></div></div></div></div>																													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD																											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		03-MAY-24																			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO																													
Nombre:		MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ			Regimen:		No Responsable																						
Dirección:		CL 17 39 81			Teléfono y Fax:																								
C.C o NIT:		1016061350			Banco/Sucursal:		BANCO POPULAR		Cuenta No/Clase:		230033140815/A																		
2. DATOS DEL COMPROMISO																													
Compromiso a Pagar:		CONTRATACION DIRECTA			No:		6129192		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL																		
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:																								
Detalle																													
CTO-NO6129192-PL OGI_VIGENCIA-ABRIL 2024-PERÍODO DE:26-mar 30-mar-2024																													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA																											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL																													
Fuente de financiación:						IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL																							
						CDP	Código Rubro		Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)																		
						2340	02-3-01-16-001-07-78350000-210830051		1871	Contratacion de Recurso Humano	\$450.072,00																		
						VR BRUTO						CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL SETENTA Y DOS PESOS		\$450.072,00															
<table><tr><th>ID Rubro</th><th>Fuente</th><th>Detalle</th><th>Valor</th></tr><tr><td>02-3-01-16-001-07-78350000-210830051</td><td>01</td><td>12013</td><td>\$450.072,00</td></tr><tr><th>Tipo</th><th>Com</th><th>Objeto</th><th>Ingreso</th><th>Banco</th></tr><tr><td>023</td><td>20202009</td><td>91122</td><td>01-5-01-01-001</td><td></td></tr></table>						ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	02-3-01-16-001-07-78350000-210830051	01	12013	\$450.072,00	Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco	023	20202009	91122	01-5-01-01-001							
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor																										
02-3-01-16-001-07-78350000-210830051	01	12013	\$450.072,00																										
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco																									
023	20202009	91122	01-5-01-01-001																										
						4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE																							
						Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES																			
						Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$450.072,00																			
						RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$394.272,00	2-4-36-27-0001	\$3.809,00																			
						ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$450.072,00	2-4-36-90-0003	\$2.250,00																			
						ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$450.072,00	2-4-36-90-0007	\$9.001,00																			
Valor amortización:						TOTAL DESCUENTOS			\$15.060,00																				
<table><tr><th>Id fuente</th><th>Detalle</th></tr><tr><td>01</td><td>Recursos Del Distrito</td></tr><tr><td>12013</td><td>APORTE ORDINARIO</td></tr></table>						Id fuente	Detalle	01	Recursos Del Distrito	12013	APORTE ORDINARIO	VALOR NETO A GIRAR			CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOCE PESOS														
Id fuente	Detalle																												
01	Recursos Del Distrito																												
12013	APORTE ORDINARIO																												
						Código contable			2-4-01-02-0003																				
MOVIMIENTO TESORERÍA																													
Endosado a:																													
Observaciones						Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)																							
						Nombre _____																							
						Cédula _____ Firma _____																							
ANGEL MIGUEL PRADA JIMENEZ GESTION DE PAGOS						ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO Responsable del Presupuesto																							
<div></div>																													

<div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2024</div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div><div><div>No: 404090</div><div>Usuario Dilig: AMPRADA</div></div><div><div>Fecha de Impresión: 22/05/2024</div><div>Estado: GIRADA</div></div></div></div></div></div>													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		03-MAY-24			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		MARIA FELIPE MENDOZA MARTINEZ			Regimen:		No Responsable						
Dirección:		CL 17 39 81			Teléfono y Fax:								
C.C o NIT:		1016061350			Banco/Sucursal:		BANCO POPULAR		Cuenta No/Clase:		230033140815/A		
2. DATOS DEL COMPROMISO													
Compromiso a Pagar:		CONTRATACION DIRECTA			No:		6129192		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL		
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:								
Detalle													
CTO-NO6129192-PL OGI_VIGENCIA-ABRIL 2024-PERIDO DE:01-abr 30-abr-2024													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				2340		02-3-01-16-001-07-78350000-210830051		1871		Contratacion de Recurso Humano		\$3.375.540,00	
				VR BRUTO		TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS						\$3.375.540,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor							
02-3-01-16-001-07-78350000-210830051		01		12013		\$3.375.540,00							
Tipo		Com		Objeto		Ingreso		Banco					
023		20202009		91122		01-5-01-01-001							
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE													
Descripción		% Descuento		Base de Retención		Código Contable		VALORES					
Valor Bruto						5-1-11-79-0001		\$3.375.540,00					
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2		\$3.375.540,00		2-4-36-90-0007		\$67.511,00					
RETEICA- SERVICIOS 0,966%		.966		\$2.957.640,00		2-4-36-27-0001		\$28.571,00					
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%		.5		\$3.375.540,00		2-4-36-90-0003		\$16.878,00					
Valor amortización:						TOTAL DESCUENTOS		\$112.960,00					
Id fuente				Detalle		VALOR NETO A GIRAR		TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS		\$3.262.580,00			
01				Recursos Del Distrito				Código contable		2-4-01-02-0003			
12013				APORTE ORDINARIO									
MOVIMIENTO TESORERÍA													
Endosado a:													
Observaciones						Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)							
						Nombre _____							
						Cédula _____ Firma _____							
ANGEL MIGUEL PRADA JIMENEZ GESTION DE PAGOS						ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO Responsable del Presupuesto							
<div></div>													