

	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. 6581069	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 01/08/2024
		Fecha de Terminación: 30/11/2024
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: Cuatro (4) meses PRÓRROGA: N/A
CONTRATISTA: JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ 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: 01/11/2024 – 30/11/2024
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en Medicina en la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, con el fin de gestionar los eventos en salud transferidos desde la línea de Emergencias 123 o través de los mecanismos establecidos el marco del Sistema de Emergencias Médicas - SEM		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 31.127.136
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 20.141.088
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 5.454.878
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 5.531.170

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. Atender la gestión integral de los incidentes en salud que ingresen al Centro Operativo a través de la Línea 123 o a través de otros canales de comunicación, en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido y la normatividad vigente	Noviembre 1-19 durante el período informado se gestionaron 3210 incidentes que ingresaron a la línea 123 Noviembre 20-30 durante el periodo informado se gestionaron 1224 incidentes que ingresaron a la línea 123	Certificado de incidentes con ID MJATRUJILLOMEJ del 1 al 30 de noviembre de 2024 Se adjunta PDF de nombre: Certificación Incidentes noviembre 1-19 Certificación Incidentes noviembre 20-30
2. Atender la gestión integral de las Urgencias, Emergencias o Desastres, que incluya la activación de la Cadena de Llamadas, alertas hospitalarias	Durante el período del presente informe no se presentaron incidentes de emergencias e impacto social que reportar	No se gestionaron incidentes de emergencias e impacto social que generaran informe.

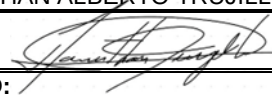
	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS				
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	7	

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

activación a Salud Pública, así como la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Emergencia o Desastre		
3. Atender la operación de los procesos de Referencia y contra- referencia que ingresen al Centro Operativo	Durante el periodo no se presentaron solicitudes de referencia y contrarreferencia	No hay evidencia porque no se presentaron solicitudes de Referencia y Contrarreferencia
4. Apoyar el seguimiento al comportamiento de la ocupación y novedades de los de los servicios de urgencias de la red pública y privada en el marco del Sistema de Emergencias Médicas	No se requirió por parte de la subdirección realizar actividad de seguimiento en el período informado	No hubo actividad que reportar
5. Apoyar el proceso de seguimiento a los vehículos de emergencias, del Sistema de Emergencias Médicas -SEM	Durante el periodo no se designó para apoyo la revisión de vehículo de emergencia	No hubo actividad que reportar
6. Realizar la notificación por escrito a la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de todas las novedades identificadas que se presenten por parte de las empresas prestadoras del servicio de transporte asistencial de pacientes y Atención Prehospitalaria	Se informó a la subdirección del CRUE las siguientes novedades: Noviembre 1-19 Novedades 3	Se adjunta PDF de nombre: - Certificación MR Novedades 1-19
7. Participar en las diferentes reuniones, que sean convocadas por la Subdirección centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	Durante el mes de noviembre de 2024 se asiste a la siguiente reunión: - No asistió	Se adjuntan PDF de nombre: - No asistió
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
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:
Suma cancelada:	\$389.100	Suma cancelada:
No Planilla:	81589882	No Planilla:
Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2024	Mes(es) cancelado(s):
Suma cancelada:	\$389.100	Suma cancelada:
No Planilla:	81742929	No Planilla:
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024	Mes(es) cancelado(s):
		APORTES RIESGOS LABORALES
		Empresa:
		Nivel Riesgo:
		Suma cancelada:
		No Planilla:
		Mes(es) cancelado(s):
		Suma cancelada:
		No Planilla:
		Mes(es) cancelado(s):

	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

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, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	Sidcrue Usuario: jatrujillom Contraseña: 18956024 Premier One Usuario: METRUJILLOSAL Contraseña: 18956024*	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
FIRMA DEL CONTRATISTA					
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 685.278				

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 100% de ejecución del contrato Certificó que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.	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: JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ			
	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.			

	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

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: ANGÉLICA MARÍA ZAMBRANO SÁENZ
	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.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81589882	\$963.100	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	389.100	0		0		0	0	0	389.100	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	498.100	0	0	0	0	0	0		498.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	75.900				75.900	0	0	75.900			759	75.900	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	389.100	389.100
Pensión	1	498.100	498.100
Riesgos Laborales	1	75.900	75.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	963.100	963.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CE	685278	JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS		CL 142 # 11 85	6012886467	jonathan.trujillo2010@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81589882	\$963.100
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CE	685278	TRUJILLO MEJIAS JONATHAN ALBERTO	59	0		N																		25-14	3.112.714	498.100	0	0	0	0	EPS008	3.112.714	389.100	14-11	3.112.714	3	75.900		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	I	13/11/2024	81742929	\$963.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	389.100	0		0		0	0	0	0	389.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	90033604-7	498.100	0	0	0	0	0	0		498.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	75.900				75.900	0	0	75.900			759	75.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	389.100	389.100
Pensión	1	498.100	498.100
Riesgos Laborales	1	75.900	75.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	963.100	963.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CE	685278	JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS		CL 142 # 11 85	6012886467	jonathan.trujillo2010@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	13/11/2024	81742929	\$963.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CE	685278	TRUJILLO MEJIAS JONATHAN ALBERTO	59	0		N																			25-14	3.112.714	498.100	0	0	0	0	EPS008	3.112.714	389.100	14-11	3.112.714	3	75.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellin, 23 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS con documento de identidad E685278, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD con NIT N800246953.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-08-02	2024-11-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LINEAS R1	0000000015	1	0.522	EN COBERTURA

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD ORDEN DE PAGO Vig Ppto: 2024 No: 418226 Usuario Dilig: YAMEDINA Fecha de Impresión: 23/11/2024 Estado: GIRADA															
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD													
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		05-NOV-24					
1. DATOS DEL BENEFICIARIO															
Nombre:		JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS			Regimen:		No Responsable								
Dirección:		CL 142 11 85			Teléfono y Fax:										
C.C o NIT:		685278			Banco/Sucursal:		DAVIVIENDA		Cuenta No/Clase:		452900131692/A				
2. DATOS DEL COMPROMISO															
Compromiso a Pagar:		CONTRATACION DIRECTA			No:		6581069		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL				
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:										
Detalle															
CTO-NO6581069-PLANILLA OGI_VIGENCIA-OCTUBRE 2024-PERODO DE:01-oct 30-oct-2024															
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA													
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL															
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL											
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)			
				4129		02-3-01-17-019-05-20240200-158083051		3315		Contratacion de Recurso Humano		\$6.408.528,00			
				VR BRUTO		SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS								\$6.408.528,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor									
02-3-01-17-019-05-20240200-158083051		01		12013		\$6.408.528,00									
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		\$6.408.528,00					
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)				0		\$4.248.321,00		2-4-36-15-0001		\$107.579,00					
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$6.408.528,00		2-4-36-90-0007		\$128.171,00					
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%				.5		\$6.408.528,00		2-4-36-90-0003		\$32.043,00					
RETEICA- SERVICIOS 0,766%				.766		\$5.664.428,00		2-4-36-27-0001		\$43.390,00					
TOTAL DESCUENTOS										\$311.183,00					
VALOR NETO A GIRAR				SEIS MILLONES NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS						\$6.097.345,00					
								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						YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto									
															