
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud – Subdirección de Garantía del Aseguramiento.	CONTRATO No. 7867278	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 20/05/2025 Fecha de Terminación: 19/09/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud	CONTRATISTA: CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES	PLAZO DE EJECUCIÓN: Doscientos cuarenta y cuatro (120) días
		PRÓRROGA: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): NUBIA ASTRID DUARTE Subdirección de garantía del Aseguramiento PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 222 GRADO 27 MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ – Subdirección de Garantía del Aseguramiento – Profesional Especializado 222-27	PERIODO DEL INFORME: 01/06/2025 – 30/06/2025	Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A SUSPENSIÓN: N/A
		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A



OBJETO DEL CONTRATO:
 PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER EN LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD - SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO, APOYANDO LOS PROCEDIMIENTOS DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS, FINANCIEROS Y DE SOPORTES DE LA FACTURACIÓN DE CUENTAS MEDICAS, PRESENTADA POR LOS PRESTADORES POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN NO ASEGURADA.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 13.103.120
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 1.201.119
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.275.780
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 8.626.221

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 y realizar la devolución de las facturas radicadas por las IPS públicas – privadas con oportunidad y calidad	SE VALIDO BASES PENDIENTES DE AUDITORIA 3047, FRONTERIZOS NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, GENERANDO LA GLOSA ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE.	FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

<p>2. Efectuar la revisión del contenido de las facturas presentadas por las entidades públicas y/o privadas, realizando la verificación de la información del usuario tanto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS como en la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA y verificar los cobros de cuotas de recuperación.</p>	<p>SE REALIZA REVISION DE LAS FACTURAS RADICADAS Y PENDIENTES DE PAGO POR LA SUBRES CENTRO ORIENTE, CON LOS SOPORTES APORTADOS POR LA MISMA. SE INICIA VAIDACION FACTURACION PRESENTADA EN CONCEPTO DE GRATUIDAD.</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p> <p>Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>3. Hacer la revisión del contenido de las facturas presentadas por las entidades públicas y/o privadas, verificando la fecha de ingreso y egreso del usuario, días de estancia y valor cobrado frente a las tarifas establecidas.</p>	<p>SEVERIFICO QUE LOS SERVICIOS FACTURADOS Y SUSTARIFAS CORRESPONDAN A LOS VALORES DISPUESTOS EN EL TARIFARIO SOAT UVT PARA LA VIGENCIA 2024</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p> <p>Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>4. Desarrollar la auditoria a las facturas de IPS públicas y privadas según monto auditar definido por la entidad y apoyar en los procesos de conciliación con las IPS con oportunidad y calidad.</p>	<p>SE REALIZA AUDITORIAADMINISTRATIVA CON EL FIN DE VALIDAR EL AVAL DE RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS FACTURADOS</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p> <p>Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>5. Revisar y comparar la fecha de prestación del servicio de salud al usuario en la factura con la fecha registrada en la historia clínica y archivo radicado o, en los demás soportes que presenten las entidades públicas y/o privadas.</p>	<p>SE VERIFICO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS POR LA IPS PARA CADA UNA DE LAS FACTURAS COBRADAS CORRESPONDAN AL USUARIO Y A LA VIGENCIA FACTURADA</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p> <p>Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>6. Verificar que las actividades, intervenciones y procedimientos realizados y cobrados por las entidades públicas y/o privadas, correspondan a lo pactado contractualmente con el Fondo Financiero Distrital de Salud, así como aquellas actividades, intervenciones y procedimientos cobrados, que no se encuentren amparados por contrato de acuerdo a la normatividad vigente.</p>	<p>SE VERIFICO QUE LOS SERVICIOS PRESTDS Y FACTURADOS TENGAN COHERENCIA CON EL DX Y LOS PROTOCOLOS DE ATENCION DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS</p> <p>Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				



<p>7. Apoyar a los profesionales en la verificación y registro del proceso de auditoría administrativa, en el Sistema de Información que designe la Entidad, así como los archivos radicados por las entidades públicas y/o privadas que hacen parte integral de los contratos interadministrativos, revisando su diagnóstico, procedimiento, actividad facturada, que pertenezca a la población objeto del Fondo Financiero Distrital de Salud, y que coincidan con el reportado en la historia clínica</p>	<p>SE BRINDA APOYO AL PROFESIONAL AUDITOR CON EL FIN DE OPTIMIZAR SU AUDITORIA</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>8. Comprobar y revisar que las tarifas de las actividades facturadas correspondan a lo contractualmente pactado entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y las entidades públicas y/o privadas, así como de aquellas tarifas de las actividades cobradas que no se encuentren amparadas por contrato de acuerdo con la normatividad vigente.</p>	<p>SE VERIFICÓ QUE LOS SERVICIOS FACTURADOS Y SUS TARIFAS CORRESPONDAN A LOS VALORES DISPUESTOS EN EL TARIFARIO SOAT UVT PARA LA VIGENCIA 2024</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>9. Acompañar y apoyar a los profesionales cuando el proceso de auditoría se realice en las sedes de las entidades públicas y/o privadas, incluyendo aquellas instalaciones ubicadas en áreas rurales.</p>	<p>SE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL AUDITOR SEGÚN REQUERIMIENTO DEL MISMO</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>10. Propender por la seguridad y confidencialidad de la información que reciba, procese, genere y almacene como resultado del proceso de la auditoría bajo criterios de calidad en coordinación con el profesional asignado</p>	<p>SE GARANTIZA LA SEGURIDAD Y CONFIABILIDAD DE LOS DATOS DE LOS USUARIOS QUE HACEN PARTE DE LA BASE DE DATOS DE FACTURACION Y ATENCIONES MEDICAS</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>
<p>11. Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato</p>	<p>SE ASISTIO A REUNIONES SEGÚN PROGRAMACION Y REQUERIMIENTO DEL AREA</p>	<p>FORMATOS DE INFORME DIARIO Y CUMPLIMIENTO DE METAS/ BASE DE FACTURAS Las evidencias se encuentran cagadas en el aplicativo Secop II, numeral 7 documentos de ejecución.</p>

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 encuentran

En el presente informe de ejecución, relaciono el estado de los temas que se fueron asignados y que a la fecha se encuentran pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:

NO APLICA

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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				

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.

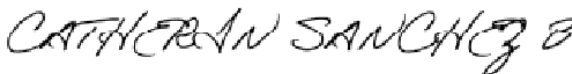
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	EPS FAMISANAR	Empresa:	COLFONDOS	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	178000	Suma cancelada:	227800	Suma cancelada:	7.500
No Planilla:	1073384208	No Planilla:	1073384208	No Planilla:	1073384208
Mes(es) cancelado(s):	MAYO 2025	Mes(es) cancelado(s):	MAYO 2025	Mes(es) cancelado(s):	MAYO 2025

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
---	-----------	--	-----------	--	-----------



FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: Contratista CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.032.368.478 de Bogotá

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 34% de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES: Del 01 al 26 de junio Supervisora NUBIA ASTRID DUARTE PINZON Del 27 al 30 de junio Supervisora MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ De acuerdo a memorando con radicado 2025-IE-22791 del 27/06/2025
---	---


INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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

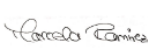
En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
8			X	
9			X	
10			X	

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: NUBIA ASTRID DUARTE Subdirección de garantía del Aseguramiento PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 222 GRADO 27
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Nubia Astrid Duarte Pinzon

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ Subdirección de Garantía del Aseguramiento Profesional especializado código 222 grado 27
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Martha Judith Fonseca Suarez

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: NUBIA ASTRID DUARTE Subdirección de garantía del Aseguramiento PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 222 GRADO 27
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Nubia Astrid Duarte Pinzon

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: ANA MARCELA RAMÍREZ ORTÍZ Contratista Subdirección de Garantía del Aseguramiento
	FIRMA: ANA MARCELA RAMIREZ ORTIZ 

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.

* Documento de conformidad de los servicios contratados, con los términos y condiciones de la oferta seleccionada.

Para el calculo del % de ejecucion del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-06-13, 03:22:54 PM Tipo Planilla | Número Planilla 1073384208
 Periodo Cotización 202505 Periodo Servicio 202505
 Cliente:

PAGADA 2025-06-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CATHERIN SANCHEZ BENAVIDEZ		
Documento	CC 1032368478	Dirección	CL 48B SUR #27 - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3112276802
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032368478	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				SANCHEZ BENAVIDES CATHERIN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales														
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	OSP	SJA	SJA	ICE	LMA	VAC	AVP				VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	
R																0	30	30	30	30			\$ 1.423.500	231001		16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	14-11	1	0,522 %	\$ 1.423.500	\$ 7.500	CCF21	0,6 %	\$ 1.423.500	\$ 8.600	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 7.500	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Medellin, 8 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que CATHERINE SANCHEZ BENAVIDEZ con documento de identidad C1032368478, 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
2025-05-17	2025-09-19	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ARCHIVO R1	0000000002	1	0.522	EN COBERTURA



· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
 Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-JUL-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CL 48 B 27 35 SUR BRR EL CARMEN	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	1032368478	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA
Cuenta No/Clase:	004870449792/A		

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7867278	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7867278-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JUNIO 2025-PERIDO DE:20-may 30-may-2025

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2764	02-3-01-17-019-06-20240203-228036051	3566	Contratacion de Recurso Humano	\$1.201.119,00
VR BRUTO	UN MILLON DOSCIENTOS UN MIL CIENTO DIECINUEVE PESOS			\$1.201.119,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240203-228036051	01	12013	\$1.201.119,00	
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	\$1.201.119,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$1.201.119,00	2-4-36-90-0003	\$6.006,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$1.201.119,00	2-4-36-90-0007	\$24.022,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$1.049.519,00	2-4-36-27-0001	\$10.138,00
TOTAL DESCUENTOS				\$40.166,00
VALOR NETO A GIRAR	UN MILLON CIENTO SESENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS			\$1.160.953,00
			Código contable	2-4-01-02-0003

Valor amortización:	Id fuente	Detalle
	01	Recursos Del Distrito
	12013	APORTE ORDINARIO

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
---	---

