MUNICIPIO DE GUAMAL-META
Secretaria de Hacienda
NIT 800.098.193-6

# COMPROBANTE DE EGRESO 2017
## ORDEN(es) DE PAGO: 1029(2025)

Fecha: 03/07/25
A favor de: 40218133 ORJUELA CANTOR NIDIA PATRICIA DV: 4
Por menor: Doc Int. 2160-Prestación de servicios profesionales para el fortalecimiento de los procesos relacionados con sexualidad y condiciones no transmisibles en el municipio de Guamal Meta.- Contrato No. 063-Pago Parcial No 004, Soportes De Ejecuccion, Planillas De Seguridad Social , Cuenta De Cobro, Certificacion Bancaria, Rut Informe Supervisor.
Forma de Pago: 40 BANCO AGRARIO DE COLOMBIA Cuenta: 45153000656 Nota Debito No. 2009
Valor: 3.819.200,00
Valor Letras: tres millones ochocientos diecinueve mil doscientos pesos con 00/100 Mlcte.

### Afectacion Contable

| Dscto | Cuenta | Nombre | NIT | Valor Base | Debito | Credito |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 24905401 | Honorarios | 40218133 | 0,00 | 3.819.200,00 | 0,00 |
| | 1110060203 | 45153000656 SALUD PUBLICA AHORROS | 800037800 | 0,00 | 0,00 | 3.819.200,00 |
| | | | | Totales: | 3.819.200,00 | 3.819.200,00 |

### Detalle de Liquidacion de Descuentos en Orden(es) de Pago

| Vigencia Orden | Orden No. | Identificacion - Beneficiario | Descuento | Valor Base | Descuento |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | 1029 | 40218133-Orjuela Cantor Nidia Patricia 11-Rete Ica - | 41050801 | 3.850.000,00 | 30.800,00 |
| | | | | Totales: | 30.800,00 |

### Detalle Presupuestal

| RUBRO PPTAL | FUENTE | NOMBRE RUBRO | CDP | RP | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| PRESUPUESTO DE VIGENCIA 2025 | | | | | |
| 19.05.0300.050-2024503180051-1.2.4.2.02 | 1.2.4.2.02 | Proyecto: Implementación Del Plan De Atención En Salud Pública Enmarcado En El Modelo Preventivo Y Predictivo Del Municipio De Guamal Meta - 1.2.4.2.02 Sgp-Salud-Salud Pública | 121 | 141 | 3.850.000,00 |
| TOTAL PRESUPUESTO DE VIGENCIA 2025 | | | | | 3.850.000,00 |

GAONA AVILA JORGE LUIS
SEC ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

MILLARES MANCIPE YOLIMA
TESORERA GENERAL

Recibí Titulo Valor _____ Fecha Recibo _____ Huella _____
C.C. _____ De _____
Nombre Autorizado _____ Dcto Autorizado _____

Elaboro: Yolima Millares Mancipe

Revisó:





Elaborado por:

MUNICIPIO DE GUAMAL MPIO GUAMAL : YOLIMA MILLARES MANCIPE

# Transferencia

Confirmación de la transferencia

## Cuenta Origen:

Cuenta de ahorros

{Alias}

******0656**

MUNICIPIO DE GUAMAL CTA MAESTRA SALUD PUBLICA COLECTIVA

Monto a debitar $ 3.819.200,00

## Cuenta Destino:

Producto de terceros

******6025**

Monto a acreditar $ 3.819.200,00

**Monto $**
**3.819.200,00**

## Información adicional de la transferencia

| | |
|---|---|
| Costo de la transacción: | $ 0,00 |
| Número de factura: | 1029 |
| CodigoDeEgreso: | 210-Saud Regimen Subsidiado |
| BPIN: | 2024503180051 |

03/07/2025 - 05:22:34 p. m. | IP actual: 190.26.213.186

IC-Banking / Copyright © 2025 Infocorp