

	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. 7138215	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 14/12/2024
		Fecha de Terminación: 21/05/2025
ENTIDAD CONTRATANTE:		PLAZO DE EJECUCIÓN:
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Cinco (5) meses y ocho (8) días
		PRÓRROGA: Dos (2) meses y diez (10) días
CONTRATISTA:		Fecha de Inicio (Prórroga): 22/05/2025
Karen Julieth Rodriguez Garzon		Fecha de Terminación (Prórroga): 31/07/2025
		SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo):		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A
JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6		PERIODO DEL INFORME: 22/05/2025 – 31/05/2025
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, con el fin de gestionar los eventos en salud transferidos desde la línea de Emergencias 123 o través de los mecanismos establecidos, en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 18.074.141
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 8.287.942
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 806.472
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 18.168.843
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 945.168
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 8.054.544

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 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 y demás documentos establecidos	Realizar la gestión durante el periodo del 22 al 31 de mayo 2025 con 251 registros en el sistema Premier One con el ID MKARJULRODGA 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 adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado incidentes 2
2. Apoyar la gestión del proceso de Referencia y Contra- referencia, de los casos que ingresen al Centro	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de referencia y contra	Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado horas 2

	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

Regulador de Urgencias a través de la plataforma de información de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, por correo electrónico o vía telefónica, según lo definido en el lineamiento de la Subdirección CRUE	referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia	
4. Participar en las diferentes actividades de socialización que sean programadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	Durante el mes de mayo de 2025 no asistí a ninguna reuniones ni capacitación convocadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	Se adjuntan PDF de nombre: -No se adjunta evidencia

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.

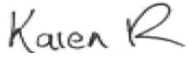
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Sanitas	Empresa:	Porvenir	Empresa:	ARL Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	178.000 30.600	Suma cancelada:	227.800 39.100	Suma cancelada:	7.500 1.300
No Planilla:	86696020 87364640	No Planilla:	86696020 87364640	No Planilla:	86696020 87364640
Mes(es) cancelado(s):	Abril 2025	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2025	Mes(es) cancelado(s):	Abril 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:	Karen Julieth Rodriguez Garzon
	FIRMA:	
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.070.924.187

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	OTRAS OBSERVACIONES: 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

de reporte del 100% de ejecución del contrato. y un cumplimiento del 13,04% de ejecución de la adición y prórroga del contrato

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 materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializó 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.

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.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	21/05/2025	86696020	\$413.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070924187	KAREN JULLIET RODRIGUEZ GARZON		CL 161 96 78	2000000	karengva@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
2025-04	2025-04	I	21/05/2025	86696020	\$413.300
					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	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	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	CC	1070924187	RODRIGUEZ GARZON KAREN JULLIET	59	0		N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
86696020	21/05/2025				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-04	2025-04	N	12/06/2025	87364640	\$71.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	30.100	0		0		0	22	500	0	30.600	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
230301	Porvenir	80022408-8	38.500	0	0	0	0	22	600	0	39.100	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	1.200				1.200	22	100	1.300			12	1.300	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	22	0	0	0
ICBF				
0	22	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	30.100	30.600
Pensión	1	38.500	39.100
Riesgos Laborales	1	1.200	1.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	69.800	71.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070924187	KAREN JULLIET RODRIGUEZ GARZON		CL 161 96 78	2000000	karengva@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
86696020	21/05/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2025-04	2025-04	N	12/06/2025	87364640	TOTAL A PAGAR
					\$71.000

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 exterior	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	CC	1070924187	RODRIGUEZ GARZON KAREN JULLIET	59	0		N																		230301	1.664.141	266.300	0	0	0	0	EPS005	1.664.141	208.100	14-11	1.664.141	1	8.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellin, 20 de mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que KAREN JULLIET RODRIGUEZ GARZON con documento de identidad C1070924187, 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
2024-12-12	2025-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LINEAS R1	0000000015	1	0.522	EN COBERTURA



<div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2025</div><div>No: 506792</div><div>Usuario Dilig: YAMEDINA Fecha de Impresión: 14/08/2025 Estado: GIRADA</div></div></div></div>											
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD									
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		05-MAY-25	
1. DATOS DEL BENEFICIARIO											
Nombre:		KAREN JULIETH RODRIGUEZ GARZON				Regimen:		No Responsable			
Dirección:		CALLE 161 # 96 - 78				Teléfono y Fax:					
C.C o NIT:		1070924187				Banco/Sucursal:		BANCOLOMBIA		Cuenta No/Clase: 16800032192/A	
2. DATOS DEL COMPROMISO											
Compromiso a Pagar:		CV - CONVENIO INTERSINSTITUCIONAL				No:		7138215		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: TOTAL	
Acta de Recibo No:						Nombre del Interventor:					
Detalle											
CTO-NO7138215-PLANILLA OGI_VIGENCIA-ABRIL 2025-PERIDO DE:01-abr 30-abr-2025											
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA									
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL											
Fuente de financiación:						IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL					
						CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)	
						524	02-3-01-17-019-05-20240200-236083000	392	CRUE-Prestación de servicios al FFDS - SDS, Servicio de regulación de centros reguladores de urgencias, emergencias y	\$3.375.540,00	
ID Rubro						Fuente	Detalle	Valor			
02-3-01-17-019-05-20240200-236083000						01	12013	\$3.375.540,00			
Tipo						Com	Objeto	Ingreso	Banco	VR BRUTO	
023						20202009	91122	01-5-01-01-004-09		TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS \$3.375.540,00	
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		
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%						.5	\$3.375.540,00	2-4-36-90-0003	\$16.878,00		
RETEICA- SERVICIOS 0,966%						.966	\$2.968.940,00	2-4-36-27-0001	\$28.680,00		
Valor amortización:						TOTAL DESCUENTOS			\$113.069,00		
Id fuente						Detalle			VALOR NETO A GIRAR		
01						Recursos Del Distrito			\$3.262.471,00		
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 _____					
YURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS						YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto					
<div></div>											