DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** *7142940*	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 15/12/2024 Fecha de Terminación: 21/05/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** dos (4) meses y 8 dias **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: **SERGIO ANDRES VANEGAS ROA**		Fecha de Inicio (Prórroga): 22/05/2025 Fecha de Terminación (Prórroga): 31/07/2025 **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:** **01/07/2025 – 31/07/2025**

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:	$ 17.959.748
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):	$ 23.281.929
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.300.528
SALDO POR EJECUTAR:	$ 405.072

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 de abril **2025** con un total de 684 + 366 registros en el sistema Premier One con el ID **MSERANDVANRO** 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 1 - 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	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de

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	referencia y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Certificado Horas 1 - Certificado Horas 2
3. 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 julio **de 2025** asiste a capacitaciones o socialización que fueron programadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud -retroalimentacion control de informacion y productividad del crue	Se adjunta evidencia en archivo PDF: - control de informacion y productividad del crue

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.

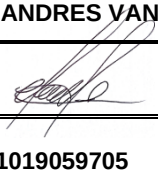
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Sanitas eps	Empresa:	Porvenir	Empresa:	ARL Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$ 212,000	Empresa:	$ 271,300	Empresa:	$ 8,900
No Planilla:	9487460317	No Planilla:	9487460317	No Planilla:	9487460317
Mes(es) cancelado(s):	Junio 2025	Mes(es) cancelado(s):	Junio 2025	Mes(es) cancelado(s):	Junio 2025
Suma cancelada:	$ 212,000	Suma cancelada:	$ 271,300	Suma cancelada:	$ 8,900
No Planilla:	9489042500	No Planilla:	9489042500	No Planilla:	9489042500
Mes(es) cancelado(s):	Julio 2025	Mes(es) cancelado(s):	Julio 2025	Mes(es) cancelado(s):	Julio 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:	Premier one MSERANDVANRO 123456	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:** **SERGIO ANDRES VANEGAS ROA**
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1019059705**

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 yel 100% de la prórroga. Certifico que el contratista realizo la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución de 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.

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.*

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1607912489	9487460317	I	2025/07/02	2025/07/07	NEQUI	5	$493,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
1	CC	1019059705	VANEGAS SERGIO	230301	30	$1,695,271	$271,300	EPS005	30	$1,695,271	$212,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,695,271	$8,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1607912489	9487460317	I	2025/07/02	2025/07/07	NEQUI	5	$493,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,300	$900	$0	$272,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$271,300	$900	$0	$272,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$100	$0	$9,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,900	$100	$0	$9,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,000	$700	$0	$212,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$212,000	$700	$0	$212,700
TOTAL				**1**	**$492,200**	**$1,700**	**$0**	**$493,900**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	45576050	9489042500	I	2025/08/04	2025/08/12	BANCO DE OCCIDENTE	8	$494,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0
1	CC	1019059705	VANEGAS SERGIO	230301	30	$1,695,271	$271,300	EPS005	30	$1,695,271	$212,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,695,271	$8,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,695,271	$271,300			$1,695,271	$212,000			$0	$0			$1,695,271	$8,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019059705		VANEGAS ROA SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5B 81 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213389773	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	45576050	9489042500	I	2025/08/04	2025/08/12	BANCO DE OCCIDENTE	8	$494,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,300	$1,400	$0	$272,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$271,300	$1,400	$0	$272,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$100	$0	$9,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,900	$100	$0	$9,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,000	$1,100	$0	$213,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$212,000	$1,100	$0	$213,100
TOTAL				1	$492,200	$2,600	$0	$494,800

Medellín, 11 de julio de 2025

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

CERTIFICA:

Que SERGIO ANDRES VANEGAS ROA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019059705 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/12/2024 **Fecha fin cobertura:** 15/10/2025

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 LÌNEAS 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:
C10711711432519256925

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: 11/07/2025 3.48 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 512728

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 08/08/2025
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	SERGIO ANDRES VANEGAS ROA	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CR 5 B 81 55 SUR	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1019059705	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	009070306551/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7142940	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-AD7142940-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JUNIO 2025-PERIODO DE:01-jun 30-jun-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
3027	O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	3634	Contratacion del Recurso Humano	$3.583.762,00

VR BRUTO	TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS	$3.583.762,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	$3.583.762,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.583.762,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$3.167.462,00	2-4-36-27-0001	$30.598,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.583.762,00	2-4-36-90-0003	$17.919,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.583.762,00	2-4-36-90-0007	$71.675,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$120.192,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS	$3.463.570,00
		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

Consulta Pagos