



**Orden de pago Presupuestal de gastos  
Comprobante**

Usuario Solicitante: MHavgarcia ANA VIRGINIA GARCIA YATE  
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-049 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA  
 Fecha y Hora Sistema: 2025-08-27-3:13 p. m.

**ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL**

<b>Número:</b>	324218624	<b>Fecha Registro:</b>	2024-09-16	<b>Unidad / Subunidad ejecutora:</b>	16-01-02-049 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA			
<b>Vigencia Presupuestal</b>	Actual	<b>Estado:</b>	Pagada	<b>Nro Obligación:</b>	110524	<b>Comprobante Contable de la Generación:</b>		
<b>Fecha Máxima Pago:</b>	2024-09-18	<b>Código de Referencia:</b>	04500329100324218624		<b>Tipo de Moneda:</b>	COP-Pesos	<b>Tasa de Cambio:</b>	0,00
<b>Valor Bruto:</b>	1.826.069,00	<b>Valor Deducciones:</b>	73.042,00		<b>Valor Neto:</b>	1.753.027,00	<b>Saldo x Pagar:</b>	0,00

**VALORES PAGADOS**

<b>TRM Pago</b>		<b>Valor Bruto</b>	<b>1.826.069,00</b>	Valor Deducciones	73.042,00	Valor Neto	<b>1.753.027,00</b>	Moneda Base Compra		<b>Valor MBC</b>	
-----------------	--	--------------------	---------------------	-------------------	-----------	------------	---------------------	--------------------	--	------------------	--

**REINTEGROS**

<b>Números</b>						<b>No Recaudo:</b>	
<b>Bruto Reintegrado Pesos:</b>		0,00	<b>Reintegrado Deducciones Pesos:</b>		0,00	<b>Reintegrado Neto Pesos:</b>	0,00
<b>Bruto Reintegrado Moneda:</b>		0,00	<b>Reintegrado Deducciones Moneda:</b>		0,00	<b>Reintegrado Neto Moneda:</b>	0,00

**TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO**

<b>Identificación:</b>	77183719	<b>Razón Social:</b>	ELKIN FARID ACOSTA ECHEVERRIA				<b>Medio de Pago:</b>	Abono en cuenta
------------------------	----------	----------------------	-------------------------------	--	--	--	-----------------------	-----------------

**CUENTA BANCARIA**

<b>Número:</b>	21003788058	<b>Banco:</b>	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			<b>Tipo:</b>	Corriente	<b>Estado:</b>	Activa
<b>TESORERIA</b>					<b>DOCUMENTO SOPORTE</b>				
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN					<b>Número:</b>	EA-260	<b>Tipo:</b>	FACTURA	<b>Fecha:</b> 2024-08-31

**Tipo Beneficiario Pago** 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS												
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
O49 ATENCION SALUD / A-02-02-02-007-002 SERVICIOS INMOBILIARIOS												
	Nación	16	SSF	1.826.069,00	0,00	1.826.069,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES								
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES			TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-01-08	RETEFUENTE - ARRENDAMIENTOS BIENES INMUEBLES	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES		3,500 %	63.912,00	63.912,00	
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	890801130	MUNICIPIO DE LA DORADA		0,500 %	9.130,00	9.130,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
16-01-02-049 - DISAN METROPOLITANA IBAGUE	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2024-09-12	1.826.069,00	05 NINGUNO	Pagada

---

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)