DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Provisión de Servicios de Salud	**CONTRATO No.** 7829911	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 07/05/2025 Fecha de Terminación: 04/10/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (4) meses y Veintisiete (27) días **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: Angie Dayana Correa Najar		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ Asesora de Despacho Código 105, Grado 07		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** 01/08/2025 – 31/08/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de la secretaria Distrital de Salud para la planeación, implementación y seguimiento del modelo de salud de Bogotá D.C.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 42.140.533
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 23.917.600
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 8.542.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 9.680.933

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 en la elaboración, socialización, implementación y evaluación de los documentos técnicos y	1.1 Se realiza entrega del plan programático y presupuestal PPP con la programación de actividades hasta el 31 de agosto 2025, esta modificación en marco del modificatorio 3 adición 2,	1_20250805 Entrega de Anexo 6. Plan programático y presupuestal - PPP SISS

operativos requeridos para la ejecución de las acciones de los Equipos Básicos Extramurales así como, la elaboración y entrega de los diferentes informes que den cuenta de los resultados del seguimiento integral (retrospectivo y concurrente) a los productos de los convenios suscritos por la Secretaría Distrital de Salud para la implementación de la estrategia de identificación individual, familiar y territorial de la Gestión Extramural en el marco del Modelo en Salud MAS Bienestar	prorroga 2 realizado al convenio. 05 de agosto 2025 1.2 Se realiza elaboración de los soportes número 13 y los 4 anexos 6 para las 4 subredes, estos como insumo para el modificatorio 4, adición y prorroga. 11 de agosto 2025 1.3 Se realiza envío al equipo de seguimiento a convenios la matriz de glosas de la subred centro oriente para registrar en ella los hallazgos encontrados en el III seguimiento realizado en la subred. 13 de agosto 2025 1.4 Se realiza revisión y retroalimentación de la matriz de glosas de la subred centro oriente tercer ciclo enviada por el equipo de apoyo a la supervisión y se solicitan ajustes. 15 agosto 2025 1.5 Se realiza ajuste y envío modificatorio 3, adición y prorroga de la subred centro oriente para segunda validación por contratación y costos SDS. 19 agosto 2025	1_20250811 Soportes modificatorio 4 EBEH 1_20250813 Matriz De Glosas III Seguimiento A Convenios EBEH SRCO 1_20250815 Revisión Matriz De Glosas III Seguimiento A Convenios EBEH SRCO 1_20250819 Solicitud Mod 4 Prorroga 3 Adición 3 SRCO R1
2. Apoyar a la supervisión en el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales del equipo de apoyo a la supervisión de los convenios suscritos por la Secretaría Distrital de Salud para la ejecución la estrategia de identificación individual, familiar y territorial de la Gestión Extramural del Modelo MAS Bienestar.	2.1 Se consolida el concepto técnico y de calidad de la ejecución técnica reportada por la subred centro oriente en el periodo del 01 de mayo 2025 al 30 de junio 2025, y se envía la misma para revisión por parte de la subred y se programa mesa de trabajo para su validación con la SISS. 05 de agosto 2025. 2.2 Se consolida el concepto técnico y de calidad de la ejecución técnica reportada por la subred Sur en el periodo del 01 de mayo 2025 al 30 de junio 2025, y se envía la misma para revisión por parte de la subred y se programa mesa de trabajo para su validación con la SISS. 05 de agosto 2025. 2.3 Se consolida, organiza y radica la cuenta de cobro correspondiente al IX desembolso para los convenios No. 7126502 con la subred sur, 7124556 con la subred sur occidente, 7124331 con la subred centro oriente. 13 de agosto 2025	2_20250805 Concepto técnico y de calidad ejecución May 2025 - Jun 2025 Subred Centro Oriente 2_20250805 Concepto técnico y de calidad ejecución May 2025 - Jun 2025 Subred Sur 2_20250813 Radicado Cuenta IX Desembolso SRCO 2025-IE-29089 2_20250813 Radicado Cuenta IX Desembolso SRS 2025-IE-29094

	2.4 Se realiza envío de formatos de reporte para ser diligenciados por el convenio de EBS del ministerio de salud con la subred centro oriente en marco de la supervisión del convenio por parte de SDS. 25 de agosto 2025	2_20250813 Radicado Cuenta IX Desembolso SRSO 2025-IE-29091 2_20250825 Formatos EBS Seguimiento técnico y financiero Centro Oriente Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II
3. Apoyar en las gestiones necesarias para la respuesta oportuna y de calidad a solicitudes internas o externas, peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo, técnico y al Modelo de Salud de Bogotá “MAS Bienestar”. Así como aportar al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que incluye el reporte a proyectos de inversión del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. (SEGPLAN) y la gestión documental.	3.1 Se realiza el aporte en la presentación Avances I semestre de 2025 EBEH, reportando la información financiera y la proyección para el convenio de vigencias futuras. 01 y 02 de agosto 2025 3.2 Se consolida, organiza y radica al area de contratación la solicitud de liquidación del convenio No. 6912917 de 2024. 15 de agosto 2025 3.3 Se realiza envío del reporte de conformación de equipos y hogares atendidos con corte 31 de julio 2025 para ser enviado a ministerio de salud. 15 de agosto 2025	3_20250802 Presentación Avances EBEH I semestre de 2025 3_20250815 Solicitud liquidación del Convenio No. 6912741 de 2024 3_20250815 Reporte EBS julio 2025 Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II
4. Analizar, consolidar y reportar información de los convenios y/o contratos requeridos para la implementación del modelo MAS Bienestar a través de elaboración de los documentos e informes que se requieran, así como los requeridos como apoyo a la supervisión.	4.1 Se realiza envío a la supervisión del convenio la relación por subred del valor adicionar para realizar prorroga de los convenios hasta el 30 de septiembre 2025. 08 agosto 2025 4.2 Se envía a las supervisoras y coordinadoras de los convenios en las subredes la subejecución acumulada a corte julio 2025 y el memorando modelo para reportarla. 11 de agosto 2025. 4.3 El 12 y 13 de agosto 2025 Se realiza aportes al noveno informe parcial de supervisión de avance y ejecución de los siguientes convenios interadministrativos:	4_20250808 Solicitud adición convenios equipos MAS Bienestar 4_20250811 Declaración de recursos subejecutados 4_20250813 Informe Supervisión IX Desembolso SRCO 7124331 4_20250813 Informe Supervisión IX Desembolso SRSO 7124556 4_20250813 Informe Supervisión IX Desembolso SRS 7126502

	• No. 7124331 del 2024 suscrito con la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. • No. 7124556 del 2024 suscrito con la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E. • No. 7126502 del 2024 suscrito con la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E. Y se envían los mismos a la supervisión del convenio en SDS para su revisión, aprobación y firma.	Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II
5. Asistir a las reuniones programadas por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y las que le sean asignadas en nombre de la entidad.	5.1 Participación en reunión de equipo. 01 de agosto 2025 5.2 Participación en reunión de equipo EBEH. 05 de agosto 2025 5.3 Participación en mesa de trabajo para revisar y organizar el catálogo de ruteo con responsables y actividades y establecer los productos a entregar por el gestor virtual. 06 de agosto 5.4 Participación en el comité técnico Operativo Extraordinario de los convenios de Equipos Básicos Extramurales de Hogar. 13 de agosto 2025 5.5 Participación en reunión de equipo EBEH. 13 de agosto 2025 5.6 Participación en la capacitación del proceso de contratación, cargue en el Secop II y agilsalud por parte del área de contratación. 15 de agosto 2025 5.7 Participación en reunión de equipo EBEH. 22 de agosto 2025	5_20250801 Reunión de Equipo EBEH 5_20250805 Reunión de Equipo EBEH 5_20250806 Revisión Producto Gestión Virtual Gestor Ruteo 5_20250813 Comité Técnico Extraordinario Convenios EBEH 5_20250813 Reunión de Equipo EBEH 5_20250815 Capacitación Contratación SECOP II y Agilsalud 5_20250822 Reunión equipo de gestión extramural SDS Las evidencias reposan en el SharePoint designado por el supervisor y posterior a la aprobación en el aplicativo SECOP II

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: No aplica
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.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL		
APORTES EN SALUD	**APORTES EN PENSIÓN**	**APORTES RIESGOS LABORALES**

Empresa:	Compensar	Empresa:	Colfondos	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	427.200	Suma cancelada:	546.800	Suma cancelada:	17.900
No Planilla:	88833387	No Planilla:	88833387	No Planilla:	88833387
Mes(es) cancelado(s):	Julio	Mes(es) cancelado(s):	Julio	Mes(es) cancelado(s):	Julio

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:** **ANGIE DAYANA CORREA NAJAR**
	FIRMA: Angie Correa Najar
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1026595687**

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 ___77,03___% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
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***	
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista.		*X*	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista.		*X*	
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen.		*X*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ** **Asesora de Despacho Código 105, Grado 07**
	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:** **JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ** **Asesora de Despacho Código 105, Grado 07**
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Johanna Andrea Torres Ruiz

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.*

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026595687	ANGIE DAYANA CORREA NAJAR	CL 48J BIS C SUR 5B-27 INT 7	3204366658	angie.correa.1009@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	06/08/2025	88833387	$1.060.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	427.200	0		0		0	0	0	0	427.200	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
231001	Colfondos	800227940-6	546.800	0	0	0	0	0	0		546.800	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	17.900				17.900	0	0	17.900			179	17.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	68.400	0	0	68.400	1

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	427.200	427.200
Pensión	1	546.800	546.800
Riesgos Laborales	1	17.900	17.900
CCF	1	68.400	68.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.060.300	1.060.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026595687	ANGIE DAYANA CORREA NAJAR		CL 48J BIS C SUR 5B-27 INT 7	3204366658	angie.correa.1009@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	06/08/2025	88833387	$1.060.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1026595687	CORREA NAJAR ANGIE DAYANA	59	0			N																	231001	3.417.090	546.800	0	0	0	0	EPS008	3.417.090	427.200	14-11	3.417.090	1	17.900	CCF24	3.417.090	68.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ARL

Medellin, 20 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **ANGIE CORREA** con documento de identidad **C1026595687**, 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
2025-05-07	2025-10-04	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 515382

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 29/08/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	04-AUG-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANGIE DAYANA CORREA NAJAR	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 48 BIS C SUR 5 B 27 IN 7	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1026595687	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	004870515071/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	7829911	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7829911-PLANILLA OGI_VIGENCIA-JULIO 2025-PERIODO DE:01-jul 30-jul-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2565	O2-3-01-17-019-06-20240187-225249051	3530	Contratacion del Recurso Humano	$8.542.000,00

VR BRUTO	OCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS	$8.542.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-225249051	01	12013	$8.542.000,00	
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	$8.542.000,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$4.918.834,00	2-4-36-15-0001	$35.707,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$7.550.300,00	2-4-36-27-0001	$57.835,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$8.542.000,00	2-4-36-90-0007	$170.840,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$8.542.000,00	2-4-36-90-0003	$42.710,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$307.092,00
VALOR NETO A GIRAR	OCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS	$8.234.908,00
		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