
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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:	CONTRATO No. 7374542	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 04/02/2025
SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		Fecha de Terminación: 31/12/2025
	ENTIDAD CONTRATANTE:	PLAZO DE EJECUCIÓN: Diez (10) meses y 25 días
Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud		PRÓRROGA:
CONTRATISTA: MARÍA CATALINA RINCÓN CORTÉS		Fecha de Inicio (Prórroga):
		Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): CAROLINA CARDONA VELEZ Subdirección de Bienes y Servicios Profesional Universitario Cod. 219 – Grado 1		Fecha de Inicio (Suspensión):
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: 01/09/ 2025 – 30/09/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales para apoyar desde el componente de conservación las actividades relacionadas con el proceso de Gestión Documental de la Secretaria Distrital de Salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 57,673,644.00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 00.000.000
VALOR PARA LIBERAR (SI APLICA)	\$ 00.000.000
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$36.509.004
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$5.291.160
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 15.873.480

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. Realizar las actividades de acompañamiento y seguimiento del Plan de Conservación Documental del Sistema Integrado de Conservación (SIC) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), asegurando la correcta ejecución de cada uno de los proyectos a corto, mediano y largo plazo, conforme a lo establecido en el SIC. Esto incluirá la verificación constante	Se adelantaron actividades de inspección de espacios de archivo y sistemas de almacenamiento documental en los archivos de gestión de Dirección Financiera, Subdirección de Administración del aseguramiento. Se realizó el acompañamiento a la limpieza y preparación de planos ubicados en camelia para su posterior traslado al Archivo central.	Las evidencias del contrato se encuentran subida en el Secop II, numeral 7 "ejecución del contrato" identificado con el nombre: EVIDENCIAS_SEPTIEMBRE_CATALINA_RINCON asimismo se encuentran subidas en el OneDrive de la SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS en la siguiente ruta: EVIDENCIAS <i>Para solicitar acceso a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los</i>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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: 7

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

<p>del cumplimiento de los procedimientos, la identificación de posibles áreas de mejora y el reporte oportuno de los avances y resultados obtenidos en la implementación de dicho plan.</p>	<p>Se termino el informe de condiciones ambientales del segundo trimestre y se descargaron los datos de los datalogger correspondientes al tercer trimestre para hacer análisis y entregar informe. Se verifico el espacio de archivo de transportes donde se encontró un ratón muerto e infestación de gusanos causados por el mismo ratón, esto con el fin de solicitar el retiro y cambio del cebo y la limpieza y desinfección del área. Se verificó el proceso de fumigación con la empresa contratista especializada, el cual se llevó en la sede principal de la SDS el día 21 de septiembre. Se verificó el proceso de fumigación con la empresa contratista especializada, en la sede del Hospital San Juan de Dios, el cual se llevó a cabo el día 23 de septiembre.</p>	<p>canales institucionales establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el siguiente enlace: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx</p>
<p>2. Apoyar la elaboración y/o implementación de los formatos e instructivos que permitan la aplicación de los programas que conforman el Sistema Integrado de Conservación.</p>	<p>Elaboré piezas de comunicación sobre buenas prácticas de conservación para material documental de los archivos de gestión durante su creación, gestión y tramite y disposición final, para ser enviadas por los canales de comunicación de la SDS a toda a entidad. Revise el archivo inventario de disposición final transportes para verificar si había documentación de conservación total con el fin de buscar las unidades en físico y levantar un diagnóstico de conservación documental en esas unidades. Elaboré las planillas de verificación de limpieza de espacios de archivo, la planilla de verificación de limpieza de unidades de almacenamiento y la planilla de verificación de control biológico.</p>	<p>Las evidencias del contrato se encuentran subida en el Secop II, numeral 7 “ejecución del contrato” identificado con el nombre: EVIDENCIAS_SEPTIEMBRE_CATALINA_RINCON asimismo se encuentran subidas en el OneDrive de la SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS en la siguiente ruta: EVIDENCIAS <i>Para solicitar acceso a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el siguiente enlace:</i> http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx</p>
<p>3. Apoyar las actividades de orientación, guía técnica y seguimiento a la implementación de los instrumentos archivísticos de la Entidad, a los diferentes usuarios internos y externos cuando esto sea requerido.</p>	<p>Dicté capacitación en identificación de deterioros físicos, químicos y biológicos para las colaboradoras en archivo central Mónica Ruiz y Fanny Flórez. Dicte capacitación en embalaje de libros y unidades de gran formato para todo el equipo de tecnólogos y auxiliares de archivo central.</p>	<p>Las evidencias del contrato se encuentran subida en el Secop II, numeral 7 “ejecución del contrato” identificado con el nombre: EVIDENCIAS_SEPTIEMBRE_CATALINA_RINCON asimismo se encuentran subidas en el OneDrive de la SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS en la siguiente ruta: EVIDENCIAS <i>Para solicitar acceso a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el siguiente enlace:</i> http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx</p>

	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

4. Apoyar en la supervisión de los contratos que le sean asignados y que tengan relación con su objeto contractual.	Durante este periodo se revisaron las evidencias y los informes para el mes de AGOSTO y SEPTIEMBRE de: Rene Rozo Catalina Gómez Gloria Quiñones Carolina Velásquez Sonia Janeth Cifuentes Dolly Montero Ana Milena Rincón	Las evidencias del contrato se encuentran subidas en el Secop II, numeral 7 "ejecución del contrato" identificado con el nombre: EVIDENCIAS_SEPTIEMBRE_CATALINA_RINCON asimismo se encuentran subidas en el OneDrive de la SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS en la siguiente ruta: EVIDENCIAS <i>Para solicitar acceso a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el siguiente enlace:</i> http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx
--	--	--

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.


INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	FAMISANAR	Empresa:	PROTECCIÓN	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	\$264.600	Suma cancelada:	\$338.700	Nivel Riesgo:	1
No Planilla:	89912402	No Planilla:	89912402	Suma cancelada:	\$11.100
Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE	No Planilla:	89912402	No Planilla:	89912402
		Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE



EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	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:	N/A	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):	N/A
---	-----	--	-----	--	-----

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CATALINA RINCÓN CORTÉS
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 52.849.001

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

	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

<p>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 72, 27% de ejecución del contrato.</p>	<p>OTRAS OBSERVACIONES:</p> <p>NO APLICA</p>
--	--



INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

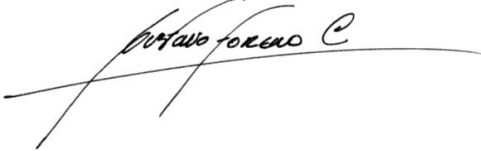
En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

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	
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	
3	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	

SUPERVISOR	<p>NOMBRE Y APELLIDO: CAROLINA CARDONA VELEZ</p> <p>FIRMA: Este informe lo suscribe la supervisión electrónicamente a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, según las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente como administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.5em;">CAROLINA CARDONA Firmado digitalmente por CAROLINA CARDONA</p>
-------------------	--

REVISÓ	<p>NOMBRE Y APELLIDO: GUSTAVO ADOLFO FORERO CARRILLO</p> <p>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.</p>
---------------	--

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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				

	
--	---

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52849001	MARIA CATALINA RINCON CORTES		Calle 174 # 55 - 38	3002134565	catarinco@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

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	
2025-09	2025-09	I	22/09/2025	89912402	\$614.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	264.600	0		0		0	0	0	0	264.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	338.700	0	0	0	0	0	0	0	338.700	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	11.100				11.100	0	0	11.100			111	11.100	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	264.600	264.600
Pensión	1	338.700	338.700
Riesgos Laborales	1	11.100	11.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	614.400	614.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52849001	MARIA CATALINA RINCON CORTES		Calle 174 # 55 - 38	3002134565	catarinco@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	1	22/09/2025	89912402	\$614.400		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	52849001	RINCON CORTES MARIA CATALINA	59	0			N																	230201	2.116.500	338.700	0	0	0	0	EPS017	2.116.500	264.600	14-11	2.116.500	1	11.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellin, 22 de septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MARIA CATALINA RINCON CORTES con documento de identidad C52849001, 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
2025-02-04	2025-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	MORA



· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
 Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	MARIA CATALINA RINCON CORTES	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 174 55 38	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	52849001	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	
			Cuenta No/Clase:	19110211760/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7374542	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7374542-PLANILLA OGI_VIGENCIA-AGOSTO 2025-PERIDO DE:01-ago 30-ago-2025

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1353	02-3-01-17-019-06-20240141-247180051	1757	Contratacion del Recurso Humano	\$5.291.160,00
VR BRUTO	CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA PESOS			\$5.291.160,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor
O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	01	12013	\$5.291.160,00
Tipo	Com	Objeto	Ingreso Banco
O23	20202009	91122	01-5-01-01-001

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$5.291.160,00
RETEFUENTE - HONORARIOS CONTRATISTAS- 11% DECRETO 2231-2023	11	\$5.291.160,00	2-4-36-03-0003	\$582.028,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$4.676.760,00	2-4-36-27-0001	\$35.824,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$5.291.160,00	2-4-36-90-0003	\$26.456,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$5.291.160,00	2-4-36-90-0007	\$105.823,00

Valor amortización:	
Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS

\$750.131,00

VALOR NETO A GIRAR	CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL VEINTINUEVE PESOS	\$4.541.029,00
		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

