FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 519280

Usuario Dilig: YAMEDINA
Fecha de Impresión: 27/10/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-OCT-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LUIS FERNANDO MARRUGO LLAMAS	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 79 119 95 IN 1 AP 804 CONJ BRISAS DE	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	79862743	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	004870252634/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7374181	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7374181-PLANILLA OGI_VIGENCIA-SEPTIEMBRE 2025-PERIODO DE:01-sep 30-sep-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
941	O2-3-01-17-019-06-20240135-226062051	1730	Contratación de Recurso Humano	$7.754.163,00

VR BRUTO	SIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS	$7.754.163,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240135-226062051	01	12013	$7.754.163,00	
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	$7.754.163,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$7.754.163,00	2-4-36-90-0007	$155.083,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$6.853.863,00	2-4-36-27-0001	$52.501,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$7.754.163,00	2-4-36-90-0003	$38.771,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$246.355,00
VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS	$7.507.808,00
		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

ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos