FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2024

ORDEN DE PAGO

No: 425195

Usuario Dilig: NESANDOVAL
Fecha de Impresión: 10/08/2025
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	14-APR-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE	Regimen:	Responsable		
Dirección:	CRA 6A 119B 14	Teléfono y Fax:	6583030		
C.C o NIT:	900971006	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	482800048290/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN	No:	7163481	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

202-024000-0187 PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD- RLCPD EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - SISS NORTE E.S.E. PERIODO 26/02/2025. A 25/03/2025. FACT. SN381495. PAGO.2

Tipo de Orden de Pago:	RESERVA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240187-147064291	01	12013	$24.990.337,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
7160	O2-3-01-17-019-06-20240187-147064291	6854	VF - Otras Actividades del Concepto del Gasto	$24.990.337,00

VR BRUTO	VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS	$24.990.337,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-5-02-11-0001	$24.990.337,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$0,00
VALOR NETO A GIRAR	VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS	$24.990.337,00
		Código contable
		2-4-80-01-0023

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

NAIRO ENRIQUE SANDOVAL LOZANO
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos