


	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: DIRECCION DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	CONTRATO No. 7759090	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 21/04/2025 Fecha de Terminación: 30/09/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud		PLAZO DE EJECUCIÓN: 160 días
		PRÓRROGA: 40 días
CONTRATISTA: MARCELA VARGAS MARTINEZ		Fecha de Inicio (Prórroga) 01/10/2025
		Fecha de Terminación (Prórroga): 10/11/2025
		SUSPENSIÓN: No aplica
SUPERVISOR (Nombre y cargo): LUISA FERNANDA BONILLA RODRÍGUEZ Dirección de Provisión de Servicios de Salud Profesional Especializado 222-19		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica
		PERIODO DEL INFORME: 1/11/2025 – 10/11/2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, en la construcción y orientación para la implementación, ajuste y seguimiento del modelo de salud de Bogotá, D.C., en el componente de prestación de servicios de salud.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$40.955.323
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$10.238.831
VALOR REDUCCION (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):	\$48.634.446
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$2.559.708
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 0

	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				

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 la construcción, ajuste, puesta en operación y seguimiento del modelo de salud +MASBienestar, desde el componente de prestación de servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria social y de la normatividad vigente, de acuerdo con el proceso asignado.	1.1 Participé en generar el reporte de Segplan para el corte de 21_ 30 de octubre y 1_ 10 noviembre de 2025	Anexo 1 1.1.1 Archivos Excel
2. Brindar orientación técnica a las Empresas EAPB autorizadas para operar en el D.C., y a su red de prestadores de servicios de salud frente al modelo de salud +MAS-Bienestar, su pilar de gestión integral del riesgo y demás procesos asignados desde el componente de prestación de servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria social y de la normatividad vigente.	2.1 Participo en Orientación técnica en el reconocimiento de las acciones de la patrulla purpura y activación de los actos urgentes. Se brindó a las 4 subredes y a la IPS CAFAM.	Anexo 2 2.2.1 Acta 05.11.2025
3. Apoyar en las acciones de articulación sectoriales e intersectoriales para la implementación y evaluación del modelo de salud +MAS-Bienestar para la población de Bogotá, D.C.	3.1 Participo en espacio del subcomité de las temáticas de atención de VCA.	Anexo 3 3.1.1 Informe de Participación 10.11.2025
4. Participar de reuniones u otros espacios convocados desde la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y a nivel intra e intersectorial en relación con temas y procesos a cargo, en el marco de las obligaciones contractuales y desde las competencias de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	4.1 Participo en la revisión del producto puesto desde el acuerdo 828 de 2021.	Anexo 4 4.1.1 Archivo en PDF
5. Apoyar las respuestas a requerimientos internos o externos, oficios, derechos de petición, solicitudes de organismos de control y demás autoridades, así como los temas relacionados con calidad institucional, consolidación, análisis y generación de informes, construcción y actualización de documentos técnicos, infografías y demás material de apoyo técnico necesario relacionado con los procesos a cargo en el Marco del modelo +MAS-Bienestar y las competencias de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	5.1. Apoyé respuesta requerimiento de informe del acuerdo 867 de 2023. 5.2 Apoyé respuesta requerimiento en cuanto a las acciones de la RIAS AAT.	Anexo 5 5.1.1 Archivo PDF 5.2.2. Archivo PDF

 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:	

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

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 QUEDA NINGUN PENDIENTE

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:	SANITAS	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	386.200	Suma cancelada:	494.300	Suma cancelada:	16.200
No Planilla:	90959915	No Planilla:	90959915	No Planilla:	90959915
Mes(es) cancelado(s):	octubre 2025	Mes(es) cancelado(s):	octubre 2025	Mes(es) cancelado(s):	octubre 2025
Suma cancelada:	178.000	Suma cancelada:	227.800	Suma cancelada:	7.500
No Planilla:	91641055	No Planilla:	91641055	No Planilla:	91641055
Mes(es) cancelado(s):	noviembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	noviembre 2025	Mes(es) cancelado(s):	noviembre 2025

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN



Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	Usuario: M2VARGAS Clave: Mvarg25**.	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:	Usuario: M2VARGAS Clave: Mvarg25**.	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: MARCELA VARGAS MARTINEZ
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52934837

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

<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 <u>100%</u> de ejecución del contrato.</p> <p>Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.</p>	<p>OTRAS OBSERVACIONES:</p> <p>NO APLICA</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

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 materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializó el riesgo)
		SI	NO	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	N/A
4	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

SUPERVISOR

**NOMBRE Y APELLIDO:
LUISA FERNANDA BONILLA RODRÍGUEZ**

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:

No aplica

FIRMA:

No aplica

- * 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	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ		Diagonal 115 45-92	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-10	2025-10	I	21/11/2025	90959915	\$896.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	384.000	0		0		0	9	2.200	0	386.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	491.500	0	0	0	0	9	2.800	0	494.300	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	16.100				16.100	9	100	16.200			161	16.200	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	384.000	386.200
Pensión	1	491.500	494.300
Riesgos Laborales	1	16.100	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	891.600	896.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ		Diagonal 115 45-92	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.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	
2025-10	2025-10	1	21/11/2025	90959915	\$896.700		

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	CORRECCION	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	52934837	VARGAS MARTINEZ MARCELA	59	0			N																	25-14	3.071.700	491.500	0	0	0	0	EPS005	3.071.700	384.000	14-11	3.071.700	1	16.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ		Diagonal 115 45-92	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-11	2025-11	I	26/11/2025	91641055	\$413.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52934837	MARCELA VARGAS MARTINEZ		Diagonal 115 45-92	3204399754	PSICOMARCEVARGAS@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

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				
2025-11	2025-11	I	26/11/2025	91641055	\$413.300	

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	CORRECCION	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	52934837	VARGAS MARTINEZ MARCELA	59	0			N								X									25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellín, 03 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MARCELA VARGAS MARTINEZ identificado(a) con C52934837 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C529348372530777654

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	MARCELA VARGAS MARTINEZ	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CR 75 23C 24	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	52934837	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	
			Cuenta No/Clase:	004570153850/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7759090	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-AD7759090-PLANILLA OGI_VIGENCIA-OCTUBRE 2025-PERODO DE:01-oct 30-oct-2025

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

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
4911	02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	5329	Contratacion del Recurso Humano	\$7.679.123,00
VR BRUTO	SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO VEINTITRES PESOS			\$7.679.123,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240187-223061051	01	12013	\$7.679.123,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
023	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	\$7.679.123,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$5.090.642,00	2-4-36-15-0001	\$68.350,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$6.787.523,00	2-4-36-27-0001	\$51.992,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$7.679.123,00	2-4-36-90-0003	\$38.396,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$7.679.123,00	2-4-36-90-0007	\$153.582,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS		\$312.320,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS
01	Recursos Del Distrito		\$7.366.803,00
12013	APORTE ORDINARIO		Código contable
			2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:	
Observaciones	Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

JAZMIN ALEXANDRA SANCHEZ ARISTIZABAL
GESTION DE PAGOS

ANGEL ANTONIO ZABALETA GALINDO
Responsable del Presupuesto

