

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	18-DEC-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DANIEL ANDRES RINCON HERNANDEZ	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 14 SUR 10 73 PI 3	Teléfono y Fax:	5673661	
C.C o NIT:	80117750	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	
			Cuenta No/Clase:	006100920450/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	7703506	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO7703506-PLANILLA OGI_VIGENCIA-DICIEMBRE 2025-PERIDO DE:01-dic 30-dic-2025

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

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
961	O2-3-01-17-019-06-20240135-226062051	3005	Contratación de Recurso Humano	\$8.542.062,00
VR BRUTO				OCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SESENTA Y DOS PESOS
				\$8.542.062,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor
O2-3-01-17-019-06-20240135-226062051	01	12013	\$8.542.062,00

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	\$8.542.062,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$7.550.262,00	2-4-36-15-0001	\$520.505,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$8.542.062,00	2-4-36-90-0003	\$42.710,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$7.550.262,00	2-4-36-27-0001	\$57.835,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$8.542.062,00	2-4-36-90-0007	\$170.841,00

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

TOTAL DESCUENTOS

\$791.891,00

VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO SETENTA Y UN PESOS	\$7.750.171,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

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

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

