FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

ORDEN DE PAGO

No: 527459

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 26/01/2026
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	ac 3 31 c 77	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	59314246	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	Cuenta No/Clase:	62492085265/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8622910	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8622910-PLANILLA OGI_VIGENCIA-DICIEMBRE 2025-PERIODO DE:27-nov 30-nov-2025

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
6371	O2-3-01-17-019-06-20240135-226062511	6896	VF - Contratación de Recurso Humano	$1.033.888,00

VR BRUTO	UN MILLON TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS	$1.033.888,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240135-226062511	01	12013	$1.033.888,00	
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	$1.033.888,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$685.341,00	2-4-36-15-0001	$10.374,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$1.033.888,00	2-4-36-90-0007	$20.678,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$913.788,00	2-4-36-27-0001	$7.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$1.033.888,00	2-4-36-90-0003	$5.169,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$43.221,00
VALOR NETO A GIRAR	NOVECIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS	$990.667,00
		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

Consulta Pagos