
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</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	



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

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD	CONTRATO No. 9192537	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 29/01/2026
		Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud		PLAZO DE EJECUCIÓN: 11 Meses 2 días
CONTRATISTA: YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA. CC :1023868862		PRÓRROGA: NO APLICA Fecha de Inicio (Prórroga): NO APLICA Fecha de Terminación (Prórroga): NO APLICA
SUPERVISOR (Nombre y cargo): GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS Directora de Urgencias y Emergencias en Salud Directora Técnica – Código 009 Grado 07		SUSPENSIÓN: NO APLICA Fecha de Inicio (Suspensión): NO APLICA Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): NO APLICA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud para realizar apoyo técnico al seguimiento de la red prestadora de servicios de salud en articulación con las EAPB en el marco de la gestión integral del riesgo en salud del Modelo Más Bien-Estar.		PERIODO DEL INFORME: 01/03/2026 - 31/03/2026

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$89.308.000
VALOR ADICIÓN (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):	\$8.608.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	8.070.000
SALDO POR EJECUTAR:	\$72.630.000

APROBADO

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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. Realizar las actividades de inspección, vigilancia y seguimiento al componente del programa de auditoria y calidad que le sea asignado por el supervisor en las Entidades	Cargue de Ocupación y casos especiales en la plataforma Microsoft para seguimiento a las EAPB	Evidencia SharePoint Carpeta Obligación N° 1 MARZO

	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			

Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) en relación con el cronograma establecido por el supervisor y según requerimientos coyunturales		
{2. Realizar las actividades de seguimiento, calidad y auditoría que le sea asignado por el supervisor en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS con el fin de verificar la garantía de la prestación de servicios de salud en relación con el cronograma establecido o según requerimientos coyunturales.	Actas visitas asignadas por el grupo GAMA a las IPS	Evidencia SharePoint Carpeta Obligación N° 2 MARZO
3. Participar en la proyección y elaboración de parámetros técnicos, programas, planes, procesos y procedimientos, así como la elaboración, actualización, validación y diligenciamiento de los instrumentos para la inspección, vigilancia, seguimiento y mejoramiento continuo con los actores del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).	Matriz de casos especiales, proceso de referencia y contrarreferencia y reporte de casos especiales.	Evidencia SharePoint Carpeta Obligación N° 3 MARZO
4. Apoyar actividades administrativas asignadas por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, que contribuyan para el óptimo funcionamiento de la dependencia.	Búsqueda activa candidatos para el programa de Hospitalización extramural Domiciliaria. Caracterización del servicio de Hospitalización en la modalidad Extramural Domiciliaria V2	Evidencia SharePoint Carpeta Obligación N° 4 MARZO

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 APLICA**



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:	Compensar	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Sura
Suma cancelada:	\$ 404.300	Suma cancelada:	\$517.500	Nivel Riesgo:	3
No Planilla:	67608854	No Planilla:	67608854	Suma cancelada:	\$ 78.900
Mes(es) cancelado(s):	Febrero	Mes(es) cancelado(s):	Febrero	No Planilla:	67608854
				Mes(es) cancelado(s):	Febrero

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCION

Relación de usuario y clave de	NO APLICA	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información	NO APLICA	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de	NO APLICA
--------------------------------	------------------	--	------------------	--	------------------

	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


acceso al equipo de cómputo:	(SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):
FIRMA DEL CONTRATISTA		
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: Yuly Alejandra Garzon Orjuela CC 1.023.868.862	
	FIRMA: 	
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1023868862	



INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
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 19% de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES: NO APLICA


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 materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA o común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
11	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS	 <small>Gloria Eugenia García Pinillos Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud Secretaría Distrital de Salud</small>
	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.	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
<p>Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano</p>				

REVISÓ	<p>NOMBRE Y APELLIDO: </p> <p>ANA MARIA BLANDON RODRIGUEZ. Profesional Especializado.</p> <p>FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a 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.</p>
---------------	--

NOTAS:

- * 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.



2026-IE-12232

021000

Bogotá D.C., 18 de marzo de 2026

MEMORANDO

Para: **KATTY JHOANA RODRIGUEZ LOZANO**
Subdirectora De Contratación

De: **GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS**
Directora de Urgencias y Emergencias en Salud

Asunto: **Remision informe Parcial y Evidencias Enero - Febrero 2026 - Cto 9192537 Prestación de servicios**

Cordial saludo

Me permito radicar el informe parcial de actividades, con el fin de que obre dentro del archivo documental del proceso contractual de la OPS N.º 9192537 de 2026, suscrito con la contratista Yuly Alejandra Garzón Orjuela.

Cordialmente,

GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS
Directora de Urgencias y Emergencias en Salud

Anexo: 2/18 folios

Elaboró: Yuly Alejandra Garzón Orjuela

Revisó:

Aprobó:

8 puntos



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023868862	YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA	calle 9 sur # 7b 36 casa 8	3013909334	aleja161830@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 (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67608854	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$1.000.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	403.500	0		0		0	3	800	0	404.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	516.500	0	0	0	0	3	1.000	0	517.500	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	78.700				78.700	3	200	78.900			787	78.900	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	403.500	404.300
Pensión	1	516.500	517.500
Riesgos Laborales	1	78.700	78.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	998.700	1.000.700

Medellin, 21 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA** con documento de identidad **C1023868862**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-01-28	2026-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LINEAS R1	0000000 015	1	0.522	EN COBERTURA

• **Medellín** 604 4444578

• **Bogotá** 601 4055911

• **Cali** 602 3808938

• **Pereira** 606 3138400

• **Manizales** 606 8811280

• **Bucaramanga** 607 6917938

• **Cartagena** 605 6424938

• **Barranquilla** 605 3197938

• **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414

• **Línea de conciliación ARL** 3103157562

• **sura.co/arl**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	29/01/2026 7:32:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	18 días de tiempo transcurrido (2/03/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	538.000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	002	1/02/2026 7:37:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	18 días de tiempo transcurrido (2/03/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	8.070.000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> REG_3115.pdf	REG_3115.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> OK_YULY_ALEJANDRA_GARZON.pdf	OK_YULY_ALEJANDRA_GARZON.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> ACTA_INICIO_YULI_GARZON_9192537.pdf	ACTA_INICIO_YULI_GARZON_9192537.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> SISCO - Legalización Contrato No. 9192537.pdf	SISCO - Legalización Contrato No. 9192537.pdf	Comprador	Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES ENERO.pdf (Archivado)	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME DE ACTIVIDADES ENERO_2026_YULY A. GARZÓN.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO_2026_YULY A. GARZÓN.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO_2026_YULY A. GARZÓN.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO_2026_YULY A. GARZÓN.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 11 SUR 4 14	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1023868862	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	
			Cuenta No/Clase:	04531363812/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	9192537	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-NO9192537-PERIDO DE:29-ene 30-ene-2026

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

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:		IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL			
CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)	
2223	02-3-01-17-019-05-20240200-236083051	3115	Contratacion del Recurso Humano	\$538.000,00	
VR BRUTO		QUINIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS		\$538.000,00	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	\$538.000,00	
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	\$538.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROcultura 0,5%	.5	\$538.000,00	2-4-36-90-0003	\$2.690,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$356.625,00	2-4-36-15-0001	\$4.741,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$538.000,00	2-4-36-90-0007	\$10.760,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$475.500,00	2-4-36-27-0001	\$3.642,00

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

TOTAL DESCUENTOS		\$21.833,00
VALOR NETO A GIRAR	QUINIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS	\$516.167,00
		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



Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	CL 11 SUR 4 14	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1023868862	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	
			Cuenta No/Clase:	04531363812/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	9192537	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-NO9192537-PERIDO DE:01-feb 28-feb-2026

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

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2223	02-3-01-17-019-05-20240200-236083051	3115	Contratacion del Recurso Humano	\$8.070.000,00
VR BRUTO	OCHO MILLONES SETENTA MIL PESOS			\$8.070.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	\$8.070.000,00	
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	\$8.070.000,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$8.070.000,00	2-4-36-90-0007	\$161.400,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$7.133.100,00	2-4-36-27-0001	\$54.640,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$5.349.825,00	2-4-36-15-0001	\$71.116,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$8.070.000,00	2-4-36-90-0003	\$40.350,00

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

TOTAL DESCUENTOS

\$327.506,00

VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS	\$7.742.494,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

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

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto



Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CL 11 SUR 4 14	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	1023868862	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA
Cuenta No/Clase:			04531363812/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	9192537	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-NO9192537-PERIDO DE:01-mar 30-mar-2026

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

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
2223	02-3-01-17-019-05-20240200-236083051	3115	Contratacion del Recurso Humano	\$8.070.000,00
VR BRUTO	OCHO MILLONES SETENTA MIL PESOS			\$8.070.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-05-20240200-236083051	01	12013	\$8.070.000,00	
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	\$8.070.000,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$5.349.825,00	2-4-36-15-0001	\$71.116,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$7.133.100,00	2-4-36-27-0001	\$54.640,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$8.070.000,00	2-4-36-90-0007	\$161.400,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$8.070.000,00	2-4-36-90-0003	\$40.350,00
TOTAL DESCUENTOS				\$327.506,00
VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS			\$7.742.494,00
			Código contable	2-4-01-02-0003

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

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

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

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
--	---

