


	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 CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD – SUBDIRECCION INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	CONTRATO No. 8383027	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 08/10/2025 Fecha de Terminación: 30/09/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	PLAZO DE EJECUCIÓN: Trecientos cincuenta y tres (353) Días	PRÓRROGA:
CONTRATISTA: ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE	Fecha de Inicio (Prórroga):	SUSPENSIÓN:
	Fecha de Terminación (Prórroga):	Fecha de Inicio (Suspensión):
SUPERVISOR: MARIANA BARROS CADENA Subdirectora Técnico 68 grado 6	Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):	PERIODO DEL INFORME: 01/04/2026 al 30/04/2026
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión de implementación y fortalecimiento de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud.		



BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 77.561.400.00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000.00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000.00
2VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 00.000.000.00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 00.000.000.00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$ 37.904.300.00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 6.573.000.00
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 33.084.100.00

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. Realizar acciones relacionadas con los procedimientos de verificación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y demás normatividad vigente en lo relacionado con inscripción	Se realizaron tamizajes de Enfermería de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1, que ya cuentan con soporte de visitas de IVC.	Se realizo entrega de expedientes de manera diaria con los respectivos tamizajes relacionados en hoja de ruta. No obstante, se deja la claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas

 <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	

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

<p>y novedades de los prestadores de servicios de salud, programación, preparación y conductas derivadas de las visitas y acciones para Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud de acuerdo con la coordinación realizada con el supervisor del contrato.</p>	<p>Total, Tamizajes: con 2 ACTAS DE VISITA.</p>	<p>por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal.</p> <p>EVIDENCIAS ABRIL 2026</p>
<p>2. Dar respuesta adecuada y oportuna a los requerimientos que le sean asignados en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud, de acuerdo con la normatividad vigente y las políticas de la entidad.</p>	<p>Se realizaron tamizajes de Enfermería de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1</p> <p>Se realizaron 105 tamizajes de profesional salud con requerimiento en etapa preliminar.</p>	<p>EVIDENCIAS ABRIL 2026</p>
<p>3. Atender al cliente interno y externo en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), Sistema único de habilitación y acciones de inspección vigilancia y control de servicios de salud de acuerdo con los parámetros señalados por el Supervisor del contrato, lo establecido por la entidad para tal fin y las necesidades del servicio.</p>	<p>Se atendió al cliente interno y externo por medio del tamizaje de profesional salud del expediente preliminar, una vez realizado paso a notificarse o al abogado para que lo haga de manera formal a la IPS, al mismo peticionario y/o entidad que se considere competente, de acuerdo con la programación entregada por la Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, los cuales se encuentran registrados en el formato relación Conceptos Técnicos y/o Actos Administrativos Elaborados SDS-IVC-FT-350 V.1</p> <p>- Se realizaron 15 tamizajes de profesional salud que requirieron revisión documental los cuales pasaron a concepto médico o de enfermería.</p> <p>- Se realizaron 7 tamizajes de profesional salud que requirieron revisión documental y un Segundo requerimiento.</p> <p>- Se realizaron 105 tamizajes de profesional salud con requerimiento en etapa preliminar.</p> <p>- No se gestionaron casos para paso a pliego de cargos en este periodo.</p> <p>Total: 127 tamizajes realizados por profesional salud.</p>	<p>Se realizó entrega de expedientes físicos de manera diaria con los respectivos tamizajes y soportes allegados relacionados en hoja de ruta.</p> <p>Los demás están gestionados en agilsalud.</p> <p>No obstante, se deja la claridad que los actos administrativos y/o oficios con relación a las preliminares adelantadas por la Subdirección no fueron cargados por reserva legal.</p> <p>EVIDENCIAS ABRIL 2026</p>
<p>4. Asistir a las reuniones internas y/o externas, talleres ético-normativos dirigidos a la homologación de</p>	<p>No se programaron para este periodo.</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				

criterios para el ejercicio de las visitas de inspección, vigilancia y control y demás actividades programadas, de acuerdo con la coordinación que se efectuó con el supervisor del contrato.		
5. Realizar seguimiento y actualización a los diferentes sistemas de información manejados en la dependencia, bases de datos y expedientes digitales, que se generen en el marco de la ejecución del contrato, en los plazos establecidos y cuando haya lugar a ello.	Se genera cargue tanto de informe como de evidencias en ágil salud.	No Radicado: 2026-IE-17922

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:	SANITAS	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	POSITIVA
				Nivel Riesgo:	3
Suma cancelada:	\$ 330.400	Suma cancelada:	\$ 422.800	Suma cancelada:	\$ 64.500
No Planilla:	68848930	No Planilla:	68848930	No Planilla:	68848930
Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026

	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				

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NO APLICA	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:	NO APLICA	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: ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1077968200				



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 57.3% de ejecución del contrato.</p>	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 (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
1	Cambio de redimen NO responsable de IVA a común o viceversa a cargo del contratista		X	NO APLICA
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso		X	NO APLICA
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional		X	NO APLICA

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: MARIANA BARROS CADENA Subdirectora Técnico 68 grado 6
-------------------	--

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

	<p>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>
REVISÓ	<p>NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR EDUARDO RAMOS ZAMORA Profesional Especializado</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">   <p>Firmado digitalmente por Oscar Ramos</p> </div> <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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077968200	ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE	CRA 89 número 17 B 57	3117078920	angielove1988@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68848930	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$817.700	

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	328.800	0		0		0	7	1.600	0	330.400	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	420.800	0	0	0	0	7	2.000	0	422.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	64.100				64.100	7	400	64.500			641	64.500	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	328.800	330.400
Pensión	1	420.800	422.800
Riesgos Laborales	1	64.100	64.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	813.700	817.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1077968200	ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE		CRA 89 número 17 B 57	3117078920	angielove1988@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68848930	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$817.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ICE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 1077968200	BERMUDEZ AGUIRRE ANGIE LEFERGIE			59	0			N															230301	2.630.000	30	420.800	0	0	0	0	EPS005	2.630.000	30	328.800	14-23	2.630.000	30	3	64.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANGIE LEFERGIE BERMUDEZ AGUIRRE identificado con CC. 1077968200 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Tipo y Numero de Documento	NI - 800246953

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/10/04	Fecha inicio contrato	2025/10/04
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/30
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC27042026N1077968200A17513189**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	ANGIE LEFERGIE BERMEDEZ AGUIRRE	Regimen:	No Responsable	
Dirección:	KR 89 17 B 57 AP TORRE 4 APTO 101	Teléfono y Fax:		
C.C o NIT:	1077968200	Banco/Sucursal:	BBVA	
			Cuenta No/Clase:	0073660748/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8383027	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-NO8383027-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)	
386	O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	692	IVC-Prestación de servicios al FFDS - SDS	\$6.573.000,00	
VR BRUTO	SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS			\$6.573.000,00	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	01	12013	\$6.573.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	01-5-01-01-004-11	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$6.573.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$6.573.000,00	2-4-36-90-0003	\$32.865,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$5.809.800,00	2-4-36-27-0001	\$44.503,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$6.573.000,00	2-4-36-90-0007	\$131.460,00

Valor amortización:		TOTAL DESCUENTOS		\$208.828,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	\$6.364.172,00	
01	Recursos Del Distrito	SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS	Código contable	
12013	APORTE ORDINARIO		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
--	---

