DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION DE GARANTIA DEL ASEGURAMIENTO – DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD	**CONTRATO No. 9030342**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: Fecha de Inicio:26/01/2026 Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Trescientos treinta y cinco días (335)* **PRÓRROGA: *N/A***
CONTRATISTA: **DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**		Fecha de Inicio (Prórroga): ***N/A*** Fecha de Terminación (Prórroga): ***N/A*** **SUSPENSIÓN: *N/A***
SUPERVISOR (Nombre y cargo): *Juan Carlos Ordoñez Garzón* *Subdirección de Garantía del aseguramiento – Profesional Especializado Código 222 Grado 27*		Fecha de Inicio (Suspensión): ***N/A*** Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): ***N/A*** **PERIODO DEL INFORME: 01/04/2026 – 30/04/2026**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento, para apoyar la verificación de requisitos técnicos y financieros de la facturación de prestadores y lo relacionado con la auditoría de cuentas medicas de los servicios de salud prestados a la población no asegurada		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 42.422.167
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR CEDIDO	$ 0,00
VALOR A LIBERAR	$ 0,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO	$8.231.167
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.799.000
SALDO POR EJECUTAR:	$30.392.000

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas	**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)

<table>
<tr><td>en la minuta del contrato)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1. Efectuar el proceso de revisión técnico-administrativa y formular las glosas sobre las facturas presentadas al Fondo Financiero Distrital de Salud por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS por servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, en la cantidad, metodología y oportunidad de acuerdo con la normatividad vigente.</td><td>Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva radicación de (1.538) facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor total ($3.354.679.822), en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.

<table>
<tr><th>Nombre IPS</th><th>Total Radicados</th><th>Vr.Radicado</th></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS</td><td>1</td><td>$ 1.529.333</td></tr>
<tr><td>CLINICA COLSANITAS SA</td><td>1</td><td>$ 6.213.174</td></tr>
<tr><td>CLINICA DEL OCCIDENTE SA</td><td>1</td><td>$ 228.429</td></tr>
<tr><td>CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS</td><td>1</td><td>$ 42.999.155</td></tr>
<tr><td>CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD</td><td>1</td><td>$ 21.729.479</td></tr>
<tr><td>CRUZ ROJA BOGOTA</td><td>4</td><td>$ 2.373.892</td></tr>
<tr><td>ESE HOSPITAL SAMARITANA</td><td>6</td><td>$ 26.758.761</td></tr>
<tr><td>FUNDACION CARDIOLOGIA</td><td>3</td><td>$ 100.115.194</td></tr>
<tr><td>FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS</td><td>2</td><td>$ 40.272.701</td></tr>
<tr><td>FUNDACION PARA FUNSABIAM</td><td>24</td><td>$ 157.871.928</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>516</td><td>$ 1.139.072.516</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA NORTE E.S.E.</td><td>166</td><td>$ 444.856.282</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA SUR E.S.E.</td><td>194</td><td>$ 352.445.101</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>618</td><td>$ 1.018.213.877</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>1538</td><td>$ 3.354.679.822</td></tr>
</table>

Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva Verificación de (1.574) facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor total ($3.413.757.911), en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.</td><td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl01_Producto_Informe_Radicacion_2026_Abril_Contrato 9030342_Deyanira Malagon.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl01_Producto_Informe_Verificacion_2026_Abril_Contrato 9030342_Deyanira Malagon.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII.</td></tr>
</table>

TOTAL VERIFICADO ABRIL 2026

Nombre IPS	Total, Verificado	Vr. Verificado
ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS	1	$ 1.529.333
CLINICA COLSANITAS SA	1	$ 6.213.174
CLINICA DE LA MUJER SAS	1	$ 2.379.310
CLINICA DEL OCCIDENTE SA	1	$ 228.429
CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS	1	$ 42.999.155
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	2	$ 21.729.479
CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA	4	$ 2.373.892
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	6	$ 26.758.761
FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	3	$ 100.115.194
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	2	$ 40.272.701
FUNDACION PARA FUNSABIAM	24	$ 157.871.928
RED SALUD ARMENIA ESE	1	$ 85.547
SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.	543	$ 1.191.273.850
SUBRED INTEGRADA NORTE E.S.E.	166	$ 444.856.282
SUBRED INTEGRADA SUR E.S.E.	197	$ 352.462.101
SUBRED INTEGRADA DE SUR OCCIDENTE E.S.E.	621	$ 1.022.608.775
Total general	**1574**	**$ 3.413.757.911**

Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva revisión de Notas Crédito de (8) presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor total ($50.644.343), en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.

Nombre IPS	Total, Notas Credito	Vr. Notas Credito
SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.	7	$ 50.180.845
SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE E.S.E.	1	$ 463.498
Total general	**8**	**$ 50.644.343**

Se realiza el respectivo análisis según normatividad vigente Resolución 2284 de 2023.

Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl01_Producto_Informe_Notas Credito_2026_Abril_Contrato 9030342_Deyanira Malagon.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2. Apoyar en la revisión técnico-administrativa en la sede administrativa de la IPS, cuando se requiera o lo determine el Supervisor del contrato.</td><td>Se realizó revisión técnico-administrativa, conforme a los requerimientos del Supervisor del contrato, mediante la gestión de (1546) radicados por valor ($3.405.324.165), los cuales fueron debidamente verificados y posteriormente enviados al área de cuentas por pagar, dando cumplimiento a los procedimientos y lineamientos establecidos.

TRAMITE AGILSALUD ENVIOS AREA DE CUENTAS PAGAR
<table><tr><th>NOMBRE IPS</th><th>Total Radicado</th><th>Total Radicado Enviado</th></tr><tr><td>ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS</td><td>1</td><td>$ 1.529.333</td></tr><tr><td>CLINICA COLSANITAS SA</td><td>1</td><td>$ 6.213.174</td></tr><tr><td>CLINICA DEL OCCIDENTE SA</td><td>1</td><td>$ 228.429</td></tr><tr><td>CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS</td><td>1</td><td>$ 42.999.155</td></tr><tr><td>CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD</td><td>1</td><td>$ 21.729.479</td></tr><tr><td>CRUZ ROJA SECCIONAL BOGOTA</td><td>4</td><td>$ 2.373.892</td></tr><tr><td>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAMARITANA</td><td>6</td><td>$ 26.758.761</td></tr><tr><td>FUNDACION CARDIOLOGIA</td><td>3</td><td>$ 100.115.194</td></tr><tr><td>FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS</td><td>2</td><td>$ 40.272.701</td></tr><tr><td>FUNDACION PARA FUNSABIAM</td><td>24</td><td>$ 157.871.928</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>523</td><td>$ 1.189.253.361</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA NORTE E.S.E.</td><td>166</td><td>$ 444.856.282</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA SUR E.S.E.</td><td>194</td><td>$ 352.445.101</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>619</td><td>$ 1.018.677.375</td></tr><tr><td>Total general</td><td>1546</td><td>$ 3.405.324.165</td></tr></table></td><td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl02_Producto_Informe_TramiteAgilsalud_2026_Abril_Contrato 9030342_Deyanira.xls.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td></tr>
<tr><td>3 realizar la verificación de las explicaciones y/o documentos aportados por las entidades a las glosas parciales</td><td>Se realizó verificación de las explicaciones y documentos aportados por las entidades frente a las reiteraciones-devoluciones formuladas por la Secretaría Distrital de Salud, Como resultado de esta gestión, se efectuaron ocho (8) devoluciones por un valor total ($8.433.746), y se elaboraron los oficios correspondientes como soporte del proceso, conforme a los lineamientos establecidos.</td><td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl03_Producto_Informe_Devoluciones_2026_Abril_Contrato 9030342_Deyanira.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>formuladas por la secretaria Distrital de Salud, participar en la conciliación de cuentas y en la elaboración de los documentos que soporten la conciliación con la entidad que prestó los servicios de salud.</td>
<td>
<table>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>Total Devoluciones</th><th>Vr.Total Devoluciones</th></tr>
<tr><td>CLINICA DE LA MUJER SAS</td><td>1</td><td>$ 2.379.310</td></tr>
<tr><td>RED SALUD ARMENIA ESE</td><td>1</td><td>$ 85.547</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>3</td><td>$ 2.020.489</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA SUR E.S.E.</td><td>1</td><td>$ 17.000</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA OCCIDENTE E.S.E.</td><td>2</td><td>$ 3.931.400</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>8</td><td>$ 8.433.746</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.Presentar con el informe de actividades en cuadro anexo el valor de las facturas auditadas y conciliadas, de servicios de salud prestados a la población con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios</td>
<td>Se presentó el informe de Radicación vigencia 2025-vigencia 2026(enero-febrero) con el cuadro anexo correspondiente, en el cual se relacionan los valores de las facturas radicadas por servicios de salud prestados a la población con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Se adjunta soporte de correo enviado a la Doctora Danys Yuvely, Garzo, conforme a los lineamientos establecidos.

RADICACION

Radicacion 21-feb-2025 al 30 Diciembre 2025
<table>
<tr><th>NOMBRE DE LA ENTIDAD</th><th>TIPO DE SERVICIO</th><th>Vr. Radicado</th><th>Cantidad Facturas</th></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS</td><td>PNA-SIN CONTRATO</td><td>$ 639.002</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS</td><td></td><td>$ 639.002</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Total ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS</td><td></td><td>$ 639.002</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA COUNTRY SA</td><td>Urgencias-PNA</td><td>$ 2.253.248</td><td>2</td></tr>
</table>
</td>
<td>Se anexa soporte nombrado

Soporte_Obl04_Producto_Informe_Radicacion_Vigencia_2025_2026_Abril_Contrato 9030342_Deyanira.xlsx</td>
</tr>
</table>

de Salud-IPS.

ADMINISTRADORA COUNTRY SA		$ 2.253.248	2
Total ADMINISTRADORA COUNTRY SA		**$ 2.253.248**	**2**
CLINICA DEL OCCIDENTE SA	Urgencia	$ 8.573.037	2
CLINICA DEL OCCIDENTE SA		$ 8.573.037	2
Total CLINICA DEL OCCIDENTE SA		**$ 8.573.037**	**2**
CLINICA MEDICAL SAS	PNA-SIN CONTRATO	$ 80.172.533	4
CLINICA MEDICAL SAS		$ 80.172.533	4
Total CLINICA MEDICAL SAS		**$ 80.172.533**	**4**
CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS	Fronterizos	$ 3.563.669	1
CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS		$ 3.563.669	1
Total CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS		**$ 3.563.669**	**1**
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	Urgencia	$ 80.191.355	2
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD		$ 80.191.355	2
Total CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD		**$ 80.191.355**	**2**
CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA	Fronterizos	$ 1.199.130	2
CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA	Urgencias-PNA	$ 1.231.685	4
CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA		$ 2.430.815	6
Total CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA		**$ 2.430.815**	**6**
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	Fronterizos	$ 51.486.779	11
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	PNA-SIN CONTRATO	$ 2.906.360	2
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		$ 54.393.139	13
Total ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		**$ 54.393.139**	**13**
FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	Urgencia	$ 72.247.355	1
FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA		$ 72.247.355	1
Total FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA		$ 72.247.355	1
FUNDACION MEDIO AMBIENTE FUNSABIAM	Inimputables	$ 300.330.976	44
FUNDACION PARA AMBIENTE FUNSABIAM		$ 300.330.976	44
Total MEDIO AMBIENTE FUNSABIAM		**$ 300.330.976**	**44**
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fronterizos	$ 66.169.012	3
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Urgencia	$ 6.983.779	3
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		$ 73.152.791	6
Total HOSPITAL MILITAR CENTRAL		**$ 73.152.791**	**6**

Se anexa correos enviados: nombrado Soporte_Obl4_ Correos.Producto_Informes__Radicacion_Vigencia_2025_contrato_9030342

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	Urgencia	$ 15.010.924	1
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO		$ 15.010.924	1
Total HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO		**$ 15.010.924**	**1**
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE	Fronterizos	$ 20.849.177	3
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE		$ 20.849.177	3
Total INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE		**$ 20.849.177**	**3**
JUNICAL MEDICAL SAS	PNA-SIN CONTRATO	$ 7.864.859	1
JUNICAL MEDICAL SAS		$ 7.864.859	1
Total JUNICAL MEDICAL SAS		**$ 7.864.859**	**1**
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	Fronterizos	$ 27.768.132	2
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE		$ 27.768.132	2
Total SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE		**$ 27.768.132**	**2**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	8500661-2025	$ 443.914.477	292
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	Fronterizos	$ 1.137.341.217	556
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	PNA-SIN CONTRATO	$ 14.243.660	2
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		$ 1.595.499.354	850
Total SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.		**$ 1.595.499.354**	**850**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	8514613-2025	$ 105.011.607	140
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Fronterizos	$ 490.355.035	198
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Gestantes Venezolanas NA	$ 40.578.521	10
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		$ 635.945.163	348
Total SUBRED NORTE E.S.E.		**$ 635.945.163**	**348**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	8502702-2025	$ 77.217.497	67
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Fronterizos	$ 742.528.632	197
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Gestantes Venezolanas NA	$ 25.353.215	7
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	PNA-SIN CONTRATO	$ 9.565.071	2
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		$ 854.664.415	273

Total SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		**$ 854.664.415**	**273**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	8501033-2025	$ 108.595.511	523
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	Fronterizos	$ 1.434.571.150	653
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	Gestantes Venezolanas NA	$ 310.942.111	91
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	PNA-SIN CONTRATO	$ 144.463.639	18
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		$ 1.998.572.411	1285
Total SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		**$ 1.998.572.411**	**1285**
Total general		**$ 5.834.122.355**	**2845**

Cuentas Medicas

Radicacion

Radicacion_Enero_Febrero 2026

NOMBRE IPS	Total Radicado
ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS	$ 639.002
ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	$ 7.381.815
ADMINISTRADORA COUNTRY SA	$ 2.253.248
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	$ 5.944.500
CLINICA DE MARLY SA	$ 13.752.844
CLINICA DEL OCCIDENTE SA	$ 8.573.037
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	$ 8.485.456
CLINICA MEDICAL SAS	$ 250.717.025
CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS	$ 3.563.669
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	$ 80.191.355
CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA	$ 2.815.122
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	$ 6.090
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	$ 170.751.909
FUNDACION CARDIOCARDIOLOGIA	$ 72.247.355
FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA HOMI	$ 14.020.644

Se anexa correos enviados: nombrado Soporte_Obl4_ Correos.Producto_Informes__Radicacion_Vigencia_2026(enero-febrero_contrato_9030342

Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

FUNDACION PARA AMBIENTE FUNSABIAM	$	606.827.104	
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	$	74.886.958	
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	$	15.010.924	
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE	$	192.225.697	
JUNICAL MEDICAL SAS	$	7.864.859	
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	$	28.605.754	
SOCIEDAD MEDICA DE ALCALA	$	3.127.123	
SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.	$	3.246.764.878	
SUBRED INTEGRADA DE NORTE E.S.E.	$	2.119.193.390	
SUBRED INTEGRADA DE SUR E.S.E.	$	1.640.693.912	
SUBRED INTEGRADA DE OCCIDENTE E.S.E.	$	4.174.949.892	
Total general	**$**	**12.751.493.562**	

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5.Realizar el diligenciamiento del formato de reconocimiento y pago de la facturación según resultados de auditoría y conciliación, con las facturas y los soportes ordenados de acuerdo a la relación registrada en el formato.</td><td>Se realizó revisión técnico-administrativa, conforme a los requerimientos del Supervisor del contrato, mediante la gestión de (1546) radicados por valor ($3.405.324.165), los cuales fueron debidamente verificados y posteriormente enviados al área de cuentas por pagar, dando cumplimiento a los procedimientos y lineamientos establecidos.
<table>
<tr><th colspan="3">TRAMITE AGILSALUD ENVIOS AREA DE CUENTAS PAGAR</th></tr>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>Total Radicado</th><th>Total Radicado Enviado</th></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS</td><td>1</td><td>$ 1.529.333</td></tr>
<tr><td>CLINICA COLSANITAS SA</td><td>1</td><td>$ 6.213.174</td></tr>
<tr><td>CLINICA DEL OCCIDENTE SA</td><td>1</td><td>$ 228.429</td></tr>
<tr><td>CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS</td><td>1</td><td>$ 42.999.155</td></tr>
<tr><td>CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD</td><td>1</td><td>$ 21.729.479</td></tr>
<tr><td>CRUZ ROJA SECCIONAL BOGOTA</td><td>4</td><td>$ 2.373.892</td></tr>
<tr><td>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAMARITANA</td><td>6</td><td>$ 26.758.761</td></tr>
<tr><td>FUNDACION CARDIOLOGIA</td><td>3</td><td>$ 100.115.194</td></tr>
<tr><td>FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS</td><td>2</td><td>$ 40.272.701</td></tr>
<tr><td>FUNDACION PARA FUNSABIAM</td><td>24</td><td>$ 157.871.928</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>523</td><td>$ 1.189.253.361</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA NORTE E.S.E.</td><td>166</td><td>$ 444.856.282</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA SUR E.S.E.</td><td>194</td><td>$ 352.445.101</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>619</td><td>$ 1.018.677.375</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>1546</td><td>$ 3.405.324.165</td></tr>
</table></td><td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl05_Producto_Informe_TramiteAgilsalud_2026_Abril_Contrato 9030342_Deyanira.xls.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td></tr>
</table>

6.Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato.	1. Participe en reunión para Compromisos correspondientes al sistema de Información con la firma SOFTGIC el 17de Abril de 2026. 2. Participe en reunión para Compromisos correspondientes al sistema de Información con la firma SOFTGIC el 21 de Abril de 2026. 3. Participe en reunión para Compromisos correspondientes al sistema de Información con la firma SOFTGIC el 23 de Abril de 2026.	Se anexa Excel nombrado: Soporte_Obl6_Correo_Reunion_Firma_Softgic_Abril_contrato_9030342.pdf. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE					
En el desarrollo de las obligaciones pactadas no quedan actividades pendientes por ejecutar.					
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.					
INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	FAMISANAR	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$220.000	Suma cancelada:	$281.600	Suma cancelada:	$ 9.300
No Planilla:	6013120870	No Planilla:	6006804772	No Planilla:	6006804772
Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026
EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	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:	N/A	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):	N/A

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**
	FIRMA: Deyanira Malagon S. Firmado digitalmente por Deyanira Malagon S. Fecha: 2025.12.02 10:29:57 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.335.636

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 28,33 % de ejecución del contrato. .	**OTRAS OBSERVACIONES:** N/A

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***

		SI	***NO***	***(Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
8	Cambio de régimen NO responsables de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*X*	----
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	----
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		*X*	----

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: JUAN CARLOS ORDOÑEZ GARZON** **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: N/A** **FIRMA:**

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.*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52335636
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEYANIRA MALAGON SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 1 B 51 A 52	TELÉFONO:	3172610
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6013120870**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		237525648

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 280.200	$ 1.400	$ 281.600
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 1.400**	**$ 281.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 218.900	$ 1.100	$ 0	$ 220.000
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 1.100**	**$ 0**	**$ 220.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 35.100	$ 200	$ 35.300
SUBTOTALES:			**$ 35.100**	**$ 200**	**$ 35.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52335636	MALAGON SANCHEZ DEYANIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	52335636	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 546.200

Medellín, 05 de mayo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que DEYANIRA MALAGON SANCHEZ identificado(a) con C52335636 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C523356362612517406

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 605994

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 05/05/2026
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 1B 51A 52 BRR LA PONDEROSA	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52335636	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	002100126370/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	9030342	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-NO9030342-PERIODO DE:26-ene 30-ene-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	01	12013	$633.167,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1997	O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	2806	Contratacion de Recurso Humano	$633.167,00

VR BRUTO	SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS	$633.167,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$633.167,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$548.367,00	2-4-36-27-0001	$5.297,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$633.167,00	2-4-36-90-0007	$12.663,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$633.167,00	2-4-36-90-0003	$3.166,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$21.126,00
VALOR NETO A GIRAR	SEISCIENTOS DOCE MIL CUARENTA Y UN PESOS	$612.041,00
		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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 604904

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 05/05/2026
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 1B 51A 52 BRR LA PONDEROSA	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52335636	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	002100126370/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	9030342	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-NO9030342-PERIODO DE:01-feb 28-feb-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	01	12013	$3.799.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1997	O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	2806	Contratacion de Recurso Humano	$3.799.000,00

VR BRUTO	TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS	$3.799.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.799.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$3.290.700,00	2-4-36-27-0001	$31.788,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.799.000,00	2-4-36-90-0007	$75.980,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.799.000,00	2-4-36-90-0003	$18.995,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$126.763,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS	$3.672.237,00
		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

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 604915

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 05/05/2026
Estado: GIRADA

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 1B 51A 52 BRR LA PONDEROSA	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52335636	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	002100126370/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	9030342	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-NO9030342-PERIODO 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)
1997	O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	2806	Contratacion de Recurso Humano	$3.799.000,00

VR BRUTO	TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS	$3.799.000,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	01	12013	$3.799.000,00	
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	$3.799.000,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$3.290.700,00	2-4-36-27-0001	$31.788,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.799.000,00	2-4-36-90-0007	$75.980,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.799.000,00	2-4-36-90-0003	$18.995,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$126.763,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS	$3.672.237,00
		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