

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	07-MAY-26

**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**

PLANILLA OGI\_VIGENCIA-ABRIL 2026 CTO-NO8394313-PERIDO DE:01-abr 30-abr-2026

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

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

Fuente de financiación:		IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL			
CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)	
621	02-3-01-17-019-06-20240135-226062000	1483	Prestación de servicios al FFDS - SDS-SPYGS	\$7.754.163,00	
<b>VR BRUTO</b>	<b>SIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS</b>			<b>\$7.754.163,00</b>	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240135-226062000	01	12013	\$7.754.163,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
023	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	\$7.754.163,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$5.044.798,00	2-4-36-15-0001	\$13.161,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$7.754.163,00	2-4-36-90-0007	\$155.083,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$6.853.863,00	2-4-36-27-0001	\$52.501,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$7.754.163,00	2-4-36-90-0003	\$38.771,00

Valor amortización:	<b>TOTAL DESCUENTOS</b>		\$259.516,00
Id fuente	Detalle	<b>VALOR NETO A GIRAR</b>	\$7.494.647,00
01	Recursos Del Distrito	<b>SIETE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS</b>	<b>Código contable</b>
12013	APORTE ORDINARIO		2-4-01-02-0003

**MOVIMIENTO TESORERÍA**

Endosado a:	
-------------	--

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

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

