ORDEN DE PAGO

No.: 1592

No. SHD:

Fecha de Impresión : 14-05-2026

Estado : 111000000

Entidad:									
Código:	220	Unidad Ej.:	01	Fecha de Diligenciamiento	MAYO 14 de 2026				

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	MARIA CAMILA AGUILERA URREA				Régimen		
Dirección:	DIAGONAL 3 9 70 CASA I 9			Teléfono y Fax	3106959024		
C.C o NIT:	1070959694	Banco/Sucursal	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Cuenta No/Clase	057045047027 5683	A	Tipo/Pago A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PRO	No.:	121	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio	PARCIAL
Acta de Recibo No.: Nro Doc/fac:	4	Nombre del Interventor			

Detalle

Prestar servicios profesionales para realizar la organización, registro,archivo y custodia de la documentación institucional, contribuyendo aladecuado funcionamiento del proceso de gestión documental del InstitutoDistrital de la Participación y Acción Comunal

Tipo de Orden de Pago: **VIGENCIA ACTUAL**

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuentes de Financiación			IMPUTACION PRESUPUESTAL				
			Disponibilidad	Código	Registro	Nombre	Valor Aplicación(Gasto)
Rubro	**Fuente Detalle**	**Valor**					
			73	3.1.2.02.02.03.0005.005	201	Servicios de preparación de documentos y otros servicios especializados de apoyo a oficina	$5,000,000.00

VR BRUTO	CINCO MILLONES DE PESOS	$5,000,000.00

4.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Fuente	Detalle	Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
		Valor Bruto			51110652	$5,000,000.00
		RETEICA 9.66 X MIL	.966	$4,419,600.00	2-4-36-27	$42,693.00
		ESTAMPILLA PROCULTURA	.5	$5,000,000.00	2-4-36-90-002	$25,000.00
		ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR	2	$5,000,000.00	2-4-36-90-003	$100,000.00

TOTAL DESCUENTOS		$167,693.00
VALOR NETO a Girar	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SIETE PESOS	**$4,832,307.00**
		Código Contable 470508

MOVIMIENTO DE TESORERIA

Observaciones	Acreedor(Exclusivamente para Transferencias de la Administración Central
PAGO NO 04. PERIODO PAGADO DEL 01/04/2026 AL 30/04/2026. ELABORO CAFL	Nombre
	Cédula / Firma

Responsable1 de Presupuesto	Ordenador del Gasto