

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	03-FEB-25

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA 4G	Regimen:	Responsable		
Dirección:	CL 30 24 38 OF 503 HOTEL ROSELIERE	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	901676833	Banco/Sucursal:	BBVA	Cuenta No/Clase:	0833038433/C

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	136871	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

161-052000 PRESTAR EL SERVICIO DE ASEO Y CAFETERÍA EN LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LAS SEDES QUE ESTÁN BAJO SU CUSTODIA PERIODO 20 AL 30 NOVIEMBRE 2024. FACTURA FE 2515. PAGO 1

Tipo de Orden de Pago: RESERVA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL														
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)										
02-1-2-02-020-06-03000000-633930000	03	20004	\$416.756,00	6334	02-1-2-02-020-06-03000000-633930000	5854	Otros servicios de comidas contrtadas	\$416.756,00										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Com</th> <th>Objeto</th> <th>Ingreso</th> <th>Banco</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>021</td> <td>202020060</td> <td>363393</td> <td>01-1-02-07-002-01-03020100-020000000</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco	021	202020060	363393	01-1-02-07-002-01-03020100-020000000		VR BRUTO	CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS			\$416.756,00
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco														
021	202020060	363393	01-1-02-07-002-01-03020100-020000000															

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-49-0001	\$416.756,00
TOTAL DESCUENTOS				\$0,00
VALOR NETO A GIRAR	CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS			\$416.756,00
	Código contable			2-4-90-55-0001

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:	
Observaciones	Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

LUIS EDUARDO CAMPOS BERNAL GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
--	---

