

	GESTIÓN FINANCIERA	Código: FIN-01-P-01-F-02 Versión: 02
	FORMATO DEVOLUCIÓN DE CUENTAS PRESUPUESTO	Fecha: 30/10/2024

DEVOLUCIÓN CUENTAS : OFICINA SUBGERENCIA ATENCION EN SALUD

FECHA : 22 DE NOVIEMBRE DE 2024

No.	No. CONTRATO	NOMBRE	PERIODO PAGO	MOTIVO DE DEVOLUCION	SUPERVISOR
1	432	ANNY CATHERINE TAFUR BOLIVAR	DEL 11 OCTUBRE AL 10 NOVIEMBRE 2024	MAL CERTIFICADO DE ENTREGA DE BIENES Y/O CERTIFICACION DE SERVICIO , ENUNCIADO INCOMPLETO , MAL FECHA DEL CONTRATO ENUNCIA 04/01/2024 SIENDO CORRECTO 11/01/2024 ; CONTRATO CON FECHA DE TERMINACION 10 NOVIEMBRE 2024 , NO EXISTE PUBLICADO MODIFICACION ADICION EN TIEMPO , REGISTRO PRESUPUESTAL No. 00000474 CON SALDO DE \$29.500.000 CUENTA POR VALOR \$ 2.700.000 SI NO EXISTE ADICION EN TIEMPO REALIZAR AJUSTE SALDO A FAVOR DE LA ESE IMSALUD	SUBGERENTE ATENCION SALUD (C)

RECIBE :

FECHA:
