Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHlybrinez	LEIDY YOHANNA BRINEZ RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-073-000000	SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	2021-04-16-7:10 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 6521 de fecha 2021-02-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Numero:	16121	**Fecha Registro:**	2021-04-16	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		36-02-00-073-000000 SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	5.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	5.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	5.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900138815	**Razon Social:**	UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA SOCIEDAD ANONIMA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	07932041368	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	93237494	**Nombre:**	LEANDRO VERA ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL TOLIMA

CAJA MENOR				**VIATICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificacion:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de comisión:**		**Numero:**	CO1.PCCNTR.2433599	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2021-04-16

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO/RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-14-0-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES -	Nación	10	CSF		5.000.000,00	0,00		
					Total:	5.000.000,00	0,00	5.000.000,00	5.000.000,00

Objeto:	PAGOS SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONAL:CO1.PCCNTR.2433599, CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y SUB-ESPECIALIZADA DE PEDIATRÍA, EXÁMENES ESPECIALIZADOS Y CIRUGÍA PROGRAMADA EN LA ESPECIALIDAD Y SUB

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-073-000000	SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-15	5.000.000,00	5.000.000,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL Y GERENTE DE LA

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

NIT: 900.138.815-4

CERTIFICA QUE

La Sociedad a la fecha, se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes parafiscales, salud, pensiones, caja de compensación y riesgos Laborales.

La presente certificación se expide con destino al Interesado.

Dada en Ibagué, a los Dos días (02) días del mes de Julio de 2021.

FRANCISCO JAVIER GUERRERO MOLINA
Gerente UMIT

CUFE: 8b0990636f9431489d5b2d55a621404c45e2388a5fba184e97a669240a343d2e216426b3d86ea2b1cbe81c18753e3039

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 35357

Fecha: 15/06/2021 9:41 **Estado de Pago:** **CREDITO** **Atención:** Ambulatoria
Administradora: **Sena** **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
Paciente: **JUAN MANUEL SUAREZ ORTIZ** **Identif:** RC 1104947417 **Edad:** 10 a 3 m 0 d **Num Hta:** **1104947417**

Télefono: 2789893 3165733923 **Carné:**
Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 15/06/2021 9:40 **Egreso:** 15/06/2021 9:41
Nivel afil: BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **274232**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890272	1053	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	1,00	110.000,00	0,00	110.000,00

Total Servicios	**110.000,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**110.000,00**

Valor Paciente: CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Saldo APB: CIENTO DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Observaciones:

FIRMA PACIENTE

HUELLA

ALEJANDRA ARCILA TAPIERO
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: 5fc4d779a9630ecb02b1af00b7b51a935973bdd3e260a6ef403dad2df4b1199b3759de1e9288f67b8d853438b0614970

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 35594

Fecha: 18/06/2021 8:22 **Estado de Pago:** **CREDITO** **Atención:** Ambulatoria
Administradora: **Sena** **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
Paciente: **LUCAS GONZALEZ CHAUX** **Identif:** TI 1104948357 **Edad:** 9 a 9 m 3 d **Num Hta:** **1104948357**

Télefono: 3203236931-3166783240 **Carné:**
Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 18/06/2021 8:20 **Egreso:** 18/06/2021 8:22
Nivel afil: BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **274469**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890376	1087	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	1,00	110.000,00	0,00	110.000,00

Total Servicios	**110.000,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**110.000,00**

Valor Paciente: CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Saldo APB: CIENTO DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Observaciones:

FIRMA PACIENTE

HUELLA

ALEJANDRA ARCILA TAPIERO
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A