REPUBLICA DE COLOMBIA
MUNICIPIO DE SAN PEDRO
COMPROMISO PRESUPUESTAL

NÚMERO: 1167

Fecha: 24/03/2023

Dependencia: ALCALDIA

Certifico compromiso presupuestal por valor de: $ 209.464.633,00

(DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES Y 00 / 100 PESOS ML.)

Con cargo a:

DISPONIBILIDAD	RUBRO	NOMBRE	C.COSTOS	VAL
548	2.3.3.01.02.005.1906.16.2212.120	Subsidio a la Oferta -Aseguramiento y prestacion integral de servicios de salud -Ultima Doceava	ALCALDIA	18,986,348.
548	2.3.3.01.02.005.1906.19.03.17.16.2209.120	Subsidio a la Oferta -Aseguramiento y prestacion integral de servicios de salud- Once doceavas	ALCALDIA	190,478,285.

Dentro del presupuesto de Egresos de la vigencia: 2023

A favor de: 800014405 ESE HOSPITAL SANTA ISABEL

Por concepto de: FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACION DE LA ESE HOSPITAL SANTA ISABEL DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS, DESTINADOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIOD EN EL NUMERAL 52.2 DEL ARTICULO 52 DE LA LEY 715 DEL 2001, MODIFICADO POR EL ARTICULO 235 DE LA LEY 1955 DEL 2019.-

Laura B.

JEFE DE PRESUPUESTO

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL **"JUNTOS CONSTRUIMOS EL CAMBIO"** Dirección Local De Salud	**SOLICITUD DE COMPROMISO PRESUPUESTAL**		**CÓDIGO:**
			VERSIÓN: 0

Día (DD)	23	**Mes**	MARZO	**Año (AAAA)**	2023

TIPO DE REGISTRO (Marque con una X según corresponda)		
	Solicitud de Disponibilidad Presupuestal	
	Solicitud de Compromiso Presupuestal	
	Solicitud de Disponibilidad y Compromiso Presupuestal	X

DEPENDENCIA SOLICITANTE	**DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD**

DESCRIPCIÓN DEL GASTO	"Financiar los gastos de operación de la ESE Hospital Santa Isabel del municipio de San Pedro de los Milagros, destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la ley 1955 de 2019"
VALOR (En letras y números)	DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TRENTA Y TRES PESOS M/L **($209.464.633,00)**.
CONTRATISTA	
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL
C.C. ó NIT (Verificado en RUT)	800014405-2
CDP (Certificado de disponibilidad presupuestal)	548
NUMERO DE CONTRATO	CONVENIO 012

FIRMA DEL SOLICITANTE	
VºBº ALCALDE MUNICIPAL	
VºBº SECRETARIO DE HACIENDA	

Nº TRD: 600-10-08

MUNICIPIO SAN PEDRO
DE LOS MILAGROS
SECRETARIA DE HACIENDA
2023 MAR. 24
Hora: 9:00 AM
RECIBIDO