Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante | MHemescoba | EDUARD MAURICIO ESCOBAR VARGAS |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante | 16-01-02-041 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 2 |
| Fecha y Hora Sistema | 24/05/2024 12:00:00 p. m. | |

## SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero.:** | 41124 | **Fecha Registro:** | 2024-05-24 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 16-01-02-041 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 2 | | |
| **Estado.:** | Generado | **Valor Inicial:** | 50.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | **Valor Actual:** | 50.000.000,00 |

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| O41 ATENCION SALUD | A-02-02 ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS | | | | |
| | | **Total:** | 50.000.000,00 | 0,00 | 50.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS AMBULATORIOS Y URGENCIAS DE MUNICIPIO DEL COLON PUTUMAYO # 180 |

**CT. LIZETH PERDOMO MORENO**
**Jefe Área Logística y Financiera (E)**

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "ítems de afectación de gastos"

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 40424 | Fecha Registro: | 2024-05-24 | Unidad / Subunidad ejecutora: | 16-01-02-041 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 2 | | | | | | |
| Vigencia Presupuestal | Actual | Estado: | Generado | | Tipo: | Gasto | | Uso Caja Menor | Ninguno | | |
| Valor Inicial: | 50.000.000,00 | Valor Total Operaciones: | 0,00 | | Valor Actual.: | 50.000.000,00 | Saldo x Comprometer: | 50.000.000,00 | Vr. Bloqueado | 0,00 | |

| SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | | AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número: | 41124 | Fecha Registro: | 2024-05-24 | Número: | | Modalidad de contratación: | | Tipo de contrato: | |

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X COMPROMETER | VALOR BLOQUEADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O41 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16 | SSF | | | | | | |
| | | | | | Total: | 50.000.000,00 | 0,00 | 50.000.000,00 | 50.000.000,00 | 0,00 |

| Objeto: | PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS MUNICIPIO DE COLON // PUTUMAYO // CPAA 180 |
|---|---|

CPS04. DIANA MARGARITA FONSECA LAGUNA

JEFE DE PRESUPUESTO

# REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N. 2

Nit: 900419719

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 192

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

## C E R T I F I C A :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE *** $50,000,000.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS AMBULATORIOSY DE URGENCIAS MUNICIPIO DE COLON // PUTUMAYO // CPAA 180

Estado: **AUTORIZADO**

Area Solicitante: ATENCION SALUD SECSA DEUIL

Nombre Solicitante: CT.MONICA MARIA MOJICA

Fecha Solicitud: 24/05/2024 **Observaciones: ..**

Proyecto:

| AREA | | IMPUTACION PRESUPUESTAL | | | | | | | | DESCRIPCION | VIGENCIA | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Tpo | Cla | Cta | Scta | Obg | Ord | Sor | Aux | Recu | | | |
| 01541800 | ATENCION SALUD SECSA DEUIL | 0 | 2 | 020 | 200 | 9 | | | | 16 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES* | 2024 | $50,000,000.00 |
| | | | | | | | | | | | TOTAL | | $50,000,000.00 |

Expedido a los 24 dias del mes de Mayo de 2024 en la ciudad de NEIVA

CPS04. DIANA MARGARITA FONSECA LAGUNA
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO