E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

832.001.794 - 2

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL 1159

Vigencia Fiscal 2024

Fecha documento: 30/05/2024

Vigente Hasta: 31/12/2024

Dependencia: GERENCIA

Concepto: Pago Adicion y Prorroga Contrato No. 291 Prestación de Servicios Profesionales para realizar actividades de atención primaria en salud, de conformidad con la resolución No. 1778 del 2023 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Ordenador: WALDETRUDES AGUIRRE RAMIREZ

GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR	DEBITOS	CREDITOS	VALOR ACTUAL
2.1	2.1.2.02.02.009.01	001	HONORARIOS	$ 6.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 6.000.000,00
			TOTAL:	$ 6.000.000,00			$ 6.000.000,00

JOSE CIRO PINTO GOMEZ

Tecnico Administrativo Encargado de Presupuesto

Elaboro: AD79208415

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

Paula vaca

FORMATO DE SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

DESTINATARIO: GERENCIA

Adición y Prorroga # 1 contrato 291-2024 Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS **PROFESIONALES** PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN INDIVIDUAL COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 1778 DEL 2023 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

Cuantía: $ 6.000.000 Seis millones de pesos M/cte

Plazo de Ejecucion: desde la firma del acta de inicio y hasta el 30 de Junio de 2024 con la correspondiente expedición del registro presupuestal como requisito de perfeccionamiento.

Fecha de Solicitud: 29 de Mayo de 2024

RESPONSABLE DE LA EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN, AREA DE PRESUPUESTO DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Nota: Se certifica que previo a esta solicitud se verificó por parte de la dependencia la inclusión de la necesidad en el Plan Anual de Adquisiciones 2024.

Columna 163 Fila B, del PAA vigente a _08_ de abril de 2024

QUIEN ENTREGA,

Nombre: Rodolfo Rafael Miranda Rivera

Subgerente de Servicios de Salud

FIRMA_____

FECHA _29/05/2024

RECIBI,

Nombre:

Área de Presupuesto

FIRMA_____

FECHA_____

VISTO BUENO DE APROBACIÓN DE GERENCIA:_____

Elaboró: Eimmy Yadira Sandoval A.- Apoyo PyM y Gestión Documental