E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

832.001.794 - 2

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL 1120

Vigencia Fiscal 2024

Fecha documento: 29/05/2024
Vigente Hasta: 31/12/2024
Dependencia: GERENCIA
Concepto: Pago 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	$ 12.800.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 12.800.000,00
			TOTAL:	$ 12.800.000,00			$ 12.800.000,00

JOSE CIRO PINTO GOMEZ
Tecnico Administrativo Encargado de Presupuesto

Elaboro: AD79208415

LICENCIADO A: [E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA] NIT [832001794-2]

Jefe Enfermo
GH Dios
Equipos
Basicos

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

FORMATO DE SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

DESTINATARIO: GERENCIA

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: $ 12.800.000 Doce millones ochocientos mil pesos M/cte

Plazo de Ejecucion: desde la firma del acta de inicio y hasta el 03 de Agosto 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 Eimmy S