**Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdmfonsec | DIANA MARGARITA FONSECA LAGUNA |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 16-01-02-041 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD |
| Fecha y Hora Sistema: | 2024-08-20-3:05 p. m. | |

## REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 47324 de fecha 2024-07-12. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número: | 52324 | Fecha Registro: | 2024-08-20 | Unidad / Subunidad Ejecutora: | | 16-01-02-041 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 2 | | | |
| Vigencia Presupuestal | Actual | Estado: | Generado | | | Tipo de Moneda: | COP-Pesos | Tasa de Cambio: | 0,00 |
| Valor Inicial: | 4.600.000,00 | Valor Total Operaciones: | 0,00 | | | Valor Actual: | 4.600.000,00 | Saldo x Obligar: | 4.600.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: NIT | 890701543 | Razón Social: | HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO DEL MUNICIPIO DE SANTA ISABEL TOLIMA EN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN MUNICIPAL | Medio de Pago: | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número: | 066540002251 | Banco: | BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A. | Tipo: | Corriente | Estado: | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: | 52803070 | Nombre: | LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA | Cargo: | JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 2 |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: | | Fecha de Registro: | | Genera Viáticos: | No | Num. Solicitud de Comisión: | | Número: | 85-5-20161-24 | Tipo: | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO | Fecha: | 2024-08-20 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O41 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y | Nación | 16 | SSF | | 4.600.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | Total: | 4.600.000,00 | 0,00 | 4.600.000,00 | 4.600.000,00 |

| | |
|---|---|
| Objeto: | PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS MUNICIPIO DE SANTA ISABEL TOLIMA // UPRES TOLIMA |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16-01-02-041 | SECCIONAL DE SANIDAD HUILA | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2024-08-31 | 4.600.000,00 | 4.600.000,00 | NINGUNO |

**CPS04. DIANA MARGARITA FONSECA LAGUNA**

**JEFE DE PRESUPUESTO**

# REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N. 2

Nit: 900419719

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

## CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

**Numero: 324**

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

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

Que se ha registrado el siguiente compromiso por un valor de: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE *** $4,600,000.00

Por Concepto de: PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS AMBULATORIOS Y DEURGENCIAS MUNICIPIO SANTA ISABEL TOLMA // UPRES TOLIMA // CPAA 259

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION SALUD SECSA DEUIL

Nombre Solicitante: TC LILIANA ANDREA GIRALDO

Fecha Solicitud: 12/07/2024

**Observaciones:** .

Proyecto:

| AREA | | IMPUTACION PRESUPUESTAL | RECU | DESCRIPCIÓN | VIGENCIA | REFERENCIA | | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Doc | Número | |
| 01541800 | ATENCION SALUD SECSA DEUIL | 020202009 | 16 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES* | 2024 | CDP | 262 | $4,600,000.00 |
| | | | | | | TOTAL | | $4,600,000.00 |

Beneficiario: 890701543 - HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO DEL MUNICIPIO DE SANTA ISABEL TOLIMA EN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 325 Acta Nro: 0 Vigencia: 2024

Expedido a los 20 dias del mes de Agosto de 2024 en la ciudad de NEIVA

CPS-4. DIANA MARGARITA FONSECA LAGUNA
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO