## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHnribon | NELSON ENRIQUE RIBON GARCIA |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-047-000000 | SENA REGIONAL MAGDALENA-DIRECCION REGIONAL |
| Fecha y Hora Sistema: | 7/03/2024 12:00:00 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 424 de fecha 2024-01-10. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 11324 | **Fecha Registro:** | 2024-03-07 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-047-000000 SENA REGIONAL MAGDALENA-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 5.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 5.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 5.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 819006193 | **Razón Social:** | INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN INSECAR S.A.S. | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 875000051 | **Banco:** | BANCO DE OCCIDENTE | **Tipo:** | Corriente | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 230171 | **Nombre:** | CARLOS HELMAN URIBE TARAZONA | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL MAGDALENA |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.6051706 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2024-03-07 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101000 DESPACHO DIRECCION | C-3603-1300-15-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 5.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 5.000.000,00 | 0,00 | 5.000.000,00 | 5.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS: PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICOS DEL SENA REGIONAL MAGDALENA, QUE SEAN REMITIDOS POR EL MÉDICO DE LA ENTIDAD. |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-047-000000 | SENA REGIONAL MAGDALENA-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2024-12-31 | 5.000.000,00 | 5.000.000,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**