## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHfhcorrea | FABIAN HERNANDO CORREA RINCON |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 15-01-11-091 | DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE |
| Fecha y Hora Sistema: | 1/08/2025 12:00:00 a. m. | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO**

**Con base en el CDP No: 73725 de fecha 2025-07-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 86225 | **Fecha Registro:** | 2025-08-01 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 15-01-11-091 DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 60.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 60.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 60.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 900681373 | **Razón Social:** | CANE IPS SAS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 82717090736 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 36307473 | **Nombre:** | EMMANUELA RESTREPO CELIS | **Cargo:** | ORDENADOR DEL GASTO SUE 091 |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | 665-DISANEJC-DMSOC-2025 | **Tipo:** | ACEPTACION DE OFERTAS | **Fecha:** | 2025-08-01 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-091 DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y | Nación | 10 | CSF | | 60.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 60.000.000,00 | 0,00 | 60.000.000,00 | 60.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES DE APOYO TERAPÉUTICO CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE COTA |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-091 | DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE | 1-2 | ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF | 2025-12-31 | 60.000.000,00 | 60.000.000,00 | NINGUNO |

Fabian Correa

**PD.FABIAN HERNANDO CORREDOR RINCON**

**JEFE DE PRESUPUESTO**