PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO COMUNICACIÓN INTERNA PARA REGISTRO DE OBLIGACIONES

Para: Julio Fabian Delgado Pineda
De: Luis Fernando Montoya Salazar

Asunto: 2 do Pago, Pago por valor de DOCE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS MCTE. ($12.979.100) por los servicios prestados por LAB. CLINICO MARTHA LUCIA GALLARDO.

Estimado Julio Fabian Delgado Pineda, respetuosamente por este medio Autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago a favor de LAB. CLINICO MARTHA LUCIA GALLARDO. NIT. 51881755 con la siguiente información:

Nombre: LAB. CLINICO MARTHA LUCIA GALLARDO.
NIT: 51881755
Tipo de Documento: Contrato CO1.PCCNTR.7890913 del 2025.
Concepto del Pago: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS DISTINTOS SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS PARA ATENDER A LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DEL SENA REGIONAL NORTE DE SANTANDER. LOTE 04 LABORATORIO CLINICO
Facturas: MG386

Valor antes de IVA	$ 12.979.100
Valor del IVA	$ 0.00
Valor Total Notas Crédito	$ 0.00
Valor total Notas Debito	$ 0.00
Valor total Pago	$ 12.979.100

Dependencia: 101000
CDP 12125
Posición del Gasto: C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES
Fuente: Nación
Recursos: 10
Situación: CSF
PAC: $ 12.979.100

USO PRESUPUESTAL a aplicar A-03-04-02-021 Servicios Médicos Convencionales.

El giro de los recursos debe realizarse a la Cuenta Corriente No. 002000489543 Davivienda a nombre de Martha Lucia Gallardo Correa NIT. 51881755