**Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto**
**Comprobante**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHcacunar | CRISTIAN ACUNA RODRIGUEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 16-01-02-030 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-09-30-4:28 p. m. | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO**

**Con base en el CDP No: 107825 de fecha 2025-09-16. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número: | 110425 | Fecha Registro: | 2025-09-30 | Unidad / Subunidad Ejecutora: | | 16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 | | | |
| Vigencia Presupuestal | Actual | Estado: | Generado | | | Tipo de Moneda: | COP-Pesos | Tasa de Cambio: | 0,00 |
| Valor Inicial: | 1.020.000.000,00 | Valor Total Operaciones: | 0,00 | | | Valor Actual: | 1.020.000.000,00 | Saldo x Obligar: | 1.020.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: NIT | 900006037 | Razón Social: | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER E.S.E. | Medio de Pago: | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número: | 046300195941 | Banco: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo: | Ahorro | Estado: | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: | 52929595 | Nombre: | ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ | Cargo: | JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: | | Fecha de Registro: | | Genera Viáticos: | No | Num. Solicitud de Comisión: | | Número: | 068-5-200221-25 | Tipo: | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO | Fecha: | 2025-09-30 |

**ITEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O30 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA | Nación | 16 | SSF | | 1.020.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | Total: | 1.020.000.000,00 | 0,00 | 1.020.000.000,00 | 1.020.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| Objeto: | CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE PATOLOGIA ONCOLOGICA Y HEMATOLOGIA PARA LOS USUARIOS DE RASES-5 CPAA 0911-25 VF. $ 500.000.000 |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O30 | DISAN SECCIONAL DE SANIDAD SANTANDER | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2025-12-31 | 1.020.000.000,00 | 1.020.000.000,00 | NINGUNO |

**PUN-08 LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO**
Jefe de Presupuesto

# REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.5

Nit: 804012688

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

## CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

**Numero: 1097**

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: MIL VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE *** $1,020,000,000.00

Por Concepto de: CONTRATO 068-5-200221-25 SERVICIO ONCOLOGICA Y HEMATOLOGIAPARA LOS USUARIOS DE RASES-5 CPAA 0911-25 SINAR PR-DESAN 0849-25VF. $ 500.000.000

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER

Nombre Solicitante: TC ANDREA CAROLINA CONTRERAS

Fecha Solicitud: 16/09/2025

**Observaciones:** .

Proyecto:

| AREA | | IMPUTACION PRESUPUESTAL | RECU | DESCRIPCIÓN | VIGENCIA | REFERENCIA | | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Doc | Número | |
| 01522600 | ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER | 020202009 | 16 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES* | 2025 | CDP | 1034 | $1,020,000,000.00 |
| | | | | | | TOTAL | | $1,020,000,000.00 |

Beneficiario: 900006037 - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 1097 Acta Nro: 0 Vigencia: 2025

Expedido a los 30 dias del mes de Septiembre de 2025 en la ciudad de BUCARAMANGA

CPS-4. MARTINEZ CARREÑO LILIANA MARIA
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO

# REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.5

Nit: 804012688

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

## CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

**Numero: 1098**

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: QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE *** $500,000,000.00

Por Concepto de: CONTRATO 068-5-200221-25 SERVICIO ONCOLOGICA Y HEMATOLOGIAPARA LOS USUARIOS DE RASES-5 CPAA 0911-25 SINAR PR-DESAN 0849-25VIGENCIA FUTURA

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER

Nombre Solicitante: TC ANDREA CAROLINA CONTRERAS

Fecha Solicitud: 16/09/2025

**Observaciones:** .

Proyecto:

| AREA | | IMPUTACION PRESUPUESTAL | RECU | DESCRIPCIÓN | VIGENCIA | REFERENCIA | | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Doc | Número | |
| 01522600 | ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER | 020202009 | 16 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES* | 2026 | CDP | 1035 | $500,000,000.00 |
| | | | | | | **TOTAL** | | $500,000,000.00 |

Beneficiario: 900006037 - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 1098 Acta Nro: 0 Vigencia: 2025

Expedido a los 30 dias del mes de Septiembre de 2025 en la ciudad de BUCARAMANGA

CPS-4. MARTINEZ CARREÑO LILIANA MARIA
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO