



Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto
Comprobante

Usuario Solicitante:
Unidad o Subunidad
Ejecutora Solicitante:
Fecha y Hora Sistema:

MHidleon
16-01-02-034
2026-01-14-9:36 a. m.

LIZETH DAHIAN LEON GUTIERREZ
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 18226 de fecha 2026-01-06. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	18226	Fecha Registro:	2026-01-06	Unidad / Subunidad Ejecutora:		16-01-02-034 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 4			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:	6.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00			Valor Actual:	6.000.000,00	Saldo x Obligar:	6.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	815000253	Razón Social:	IPS CLINICA SALUD FLORIDA S.A	Medio de Pago:	Abono en cuenta
---------------------	-----------	---------------	-------------------------------	----------------	-----------------

CUENTA BANCARIA

Número:	86657479723	Banco:	BANCOLOMBIA S.A	Tipo:	Corriente	Estado:	Activa
---------	-------------	--------	-----------------	-------	-----------	---------	--------

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	80203937	Nombre:	IVAN DARIO RUIZ VELASCO	Cargo:	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 4
-----------------	----------	---------	-------------------------	--------	---

CAJA MENOR

VIÁTICOS

DOCUMENTO SOPORTE

Identificación:	Fecha de Registro:	Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:	Número:	066-7-20140-25	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2026-01-06
-----------------	--------------------	------------------	----	-----------------------------	---------	----------------	-------	-------------------------------------	--------	------------

ITEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
034 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF		6.000.000,00	0,00		
Total:						6.000.000,00	0,00	6.000.000,00	6.000.000,00

Objeto:	SUSTITUCION AL CT 066-7-20140-25 PRESTACION DE SERVICIOS SALUD II PARA USUARIOS DEL MCPIO DE FLORIDA UPRES VALLE PC 480
---------	---

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
034 DISAN SECCIONAL DE SANIDAD VALLE	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-12-31	6.000.000,00	6.000.000,00	NINGUNO

Intendente LIZETH DAHIAN LEON GUTIERREZ
Jefe financiera y de Presupuesto RASES N°4